

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LE RADIUM EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par **Ricardo BOTHEY** (Barcelone)

Il y a à peu près huit mois que nous traitons quelques-uns de nos malades du pharynx, des fosses nasales, du larynx et des oreilles par les radiations de sulfate de radium de 500.000 activités.

On sait que les sels de radium, même impurs, sont d'un prix exorbitant. Un gramme de bromure de radium coûte 400.000 francs. Son emploi thérapeutique serait par conséquent presque impossible, s'il n'existait pas deux circonstances :

1° Que l'on n'a besoin que de quelques centigrammes, voire même milligrammes de radium ;

2° Que le radium étant inusable il peut servir indéfiniment.

Malgré ces avantages, cet agent thérapeutique n'est pas encore à la portée de tout le monde, à moins de vouloir utiliser un sel de radium d'une activité inférieure à 500.000. Quand en oto-rhino-laryngologie on emploie un sel de radium de 100.000, de 50.000, de 20.000, de 10.000, et de 5.000 activités, les résultats que l'on obtient sont insuffisants ou nuls la plupart du temps, car il faut prolonger outre mesure la durée des séances ce qui est très fatigant, et employer d'assez grandes quantités de sel de radium ce qui est encombrant à l'intérieur des cavités naturelles, à cause d'un volume excessif de l'extrémité de l'appareil qui contient le radium.

Il faut donc se servir d'un sel de radium de 500.000 activités et en employer un centigramme ou tout au plus deux

centigrammes, ce qui est à tout prendre, amplement suffisant pour toutes les nécessités de l'oto-rhino-laryngologie.

Personne n'ignore que le radium découvert par M. et M^{me} Curie, est un métal de la série alcalino-terreuse, étant considéré comme l'homologue supérieur du baryum. Cependant, il n'a pas encore été isolé et ce sont seulement les sels de radium, chlorure, bromure, azotate, carbonate, sulfate, etc. qui ont été extraits, à l'état de pureté plus ou moins grande des divers minerais où ils se trouvent mélangés, en quantité infime, aux sels correspondants de baryum.

Le radium appartient, avec le potassium et l'actinium, au groupe des substances dites *radio-actives*. Comme de minuscules soleils, les sels de radium sont le siège d'un dégagement continu de lumière et de chaleur en même temps qu'ils émettent un *rayonnement* comparable au rayonnement des ampoules de Röntgen.

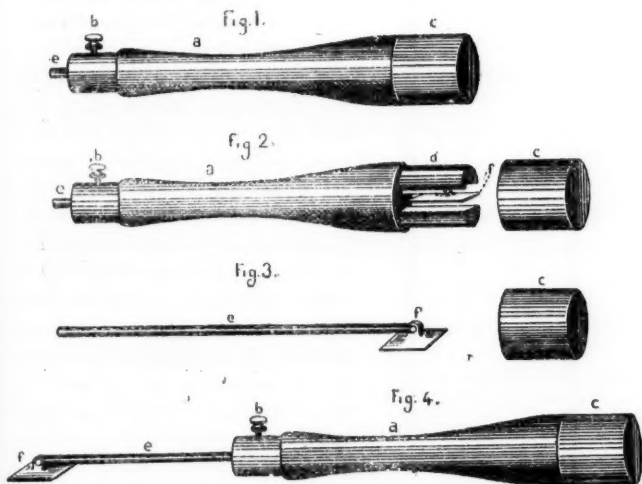
De plus, les sels de radium sont capables de communiquer temporairement à toutes les substances qui séjournent pendant un temps suffisant dans leur voisinage la propriété d'émettre elles-mêmes ce rayonnement ou, en d'autres termes, de devenir elles-mêmes passagèrement radio-actives : c'est le phénomène désigné sous le nom de *radio-activité induite*.

Le rayonnement du radium n'intervient pas directement dans la production de la radio-activité induite. Il se propage en ligne droite, sans subir ni réflexion, ni réfraction, ni polarisation, et il est arrêté par un écran de plomb épais interposé sur son trajet, tandis que la radio-activité se transmet par l'air, de proche en proche, depuis le corps radio-actif jusqu'à la substance à activer, alors même qu'il est relié à cette substance par un tube capillaire étroit et sinueux. Il est aujourd'hui démontré que le transport et la transmission de la radio-activité induite sont dus au dégagement par les sels de radium d'une *émanation* de nature gazeuse.

Il y a donc, au point de vue thérapeutique, une distinction très nette à faire entre le *rayonnement* et l'*émanation* des sels de radium. En oto-rhino-laryngologie on utilise seulement le rayonnement du radium. Ce rayonnement est parfaitement

comparable à celui de Röntgen, tant par ses *effets*, que par ses *qualités* propres.

Le rayonnement du radium, de nature plus complexe que le rayonnement de Röntgen, est composé d'un mélange de rayons, les uns déviables par l'aimant, les autres non déviables, les uns électrisés positivement ou négativement, les autres, non électrisés, tandis que le rayonnement de Röntgen comprend seulement des rayons non déviables par l'aimant et non électrisés.



Ces trois espèces de rayons provoquent tous les mêmes effets que les rayons de Röntgen : ils illuminent les substances fluorescentes, impressionnent les plaques photographiques, colorent un grand nombre de corps, rendent l'air conducteur pour l'électricité et modifient, dans leur structure et leur évolution, les éléments cellulaires des tissus vivants.

Quand on connaît le degré d'activité efficace d'un échantillon de sel de radium, il faut encore, au point de vue de son action thérapeutique en profondeur, se préoccuper de la manière dont il est réparti dans l'espace.

En effet, si le foyer d'émission du rayonnement est punctiforme, comme il arrive lorsque quelques milligrammes de sel

occupent le fond d'une petite éprouvette de verre, alors le rayonnement est formé de rayons divergents dans tous les sens et son intensité décroît en raison du carré de la distance.

A un centimètre d'éloignement du foyer d'émission appliqué sur la peau, c'est-à-dire à un centimètre de profondeur dans les tissus, l'intensité du rayonnement est donc cent fois plus faible qu'à un millimètre seulement de profondeur et dans ces conditions on ne peut échapper au dilemme suivant : ou bien faire absorber aux tissus placés à un centimètre au-dessous de l'épiderme la dose suffisante pour exercer une action thérapeutique, mais au prix d'une destruction de la peau, ou bien respecter l'intégrité du tégument, mais n'agir qu'à sa surface.

C'est seulement quand le sel de radium est bien tassé sous la forme d'une couche plane d'une certaine épaisseur et d'une certaine étendue qu'il est permis de considérer le rayonnement comme formé de rayons parallèles et que dans son action en profondeur, il est possible de tenir compte seulement de la quantité absorbée pendant le parcours par les tissus.



Fig. 5.

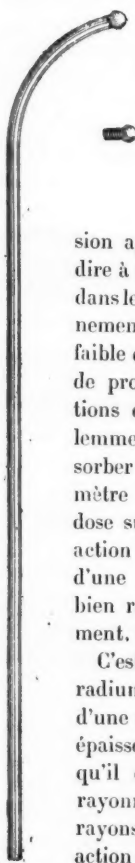


Fig. 6.

L'instrument représenté sur les figures 1, 2, 3 et 4, avec

les tiges additionnelles figures 5 et 6 est destiné à servir pour les maladies du nez, des fosses nasales, des lèvres, de la bouche, du pharynx, du larynx et des oreilles ; il a été construit par Armet de L'isle.

Il se compose d'un manche en bois *a*, perforé longitudinalement pour laisser passer la tige *e* montée à charnière sur la pièce *f* qui porte le sel de radium collé sur la face opposée à la charnière. Il se termine d'un côté par une virole métallique traversée par une vis de pression *b*, de l'autre par une partie *d* cylindrique pour recevoir le culot *c* en métal, et mortaisée pour recevoir le plateau *f*.

Pendant le transport, la tige *e* est engagée dans le trou du manche *a*, de telle façon que le plateau *f* rentre dans la mortaise de la partie *d* (*fig. 2*), la tige *e* dépasse légèrement le manche du côté de la virole et est fixé par la vis de pression *b* (*fig. 2*).

Le culot *c*, destiné à protéger contre les rayonnements du radium, est alors vissé ou enfoncé à frottement sur la pièce *d* (*fig. 1*).

Pour les applications, après avoir enlevé le culot *c*, on retire la tige *e* pour la rentrer dans le manche, du côté de la virole, et on la fixe à la place convenable au moyen de la vis à pression *b* (*fig. 4*).

Pour l'usage oto-rhino-laryngologique il est nécessaire, en outre, de disposer de deux autres tiges complémentaires, d'une plaque porte-radium de moindres dimensions et d'une petite sphère porte-radium pour l'intérieur du larynx.

La tige courte et droite comme celle des figures 3 et 4 servira pour le nez, les lèvres, la bouche, le pharynx, les fosses nasales et les oreilles. Les tiges longues et recourbées (*fig. 5* et *6*) seront utilisées pour la base de la langue, l'épiglotte et l'intérieur du larynx.

Pour le nez, les lèvres, la bouche et le pharynx, la plaque aura un centimètre de côté ; pour les fosses nasales et les oreilles cette plaque n'aura que cinq millimètres de côté ; pour l'intérieur du larynx, au lieu de plaque il sera bien préférable de posséder une petite sphère de quatre millimètres de diamètre qui porte collé sur sa surface le sel de radium (*fig. 6*).

De cette façon on ne blessera pas les cordes vocales ou les bandes ventriculaires pendant les applications de radium à l'intérieur du larynx.

Pour les applications externes, et même pour celles de la bouche, du pharynx et des oreilles, au lieu de tenir le sel de radium avec la main, ce qui est très fatigant, j'ai fait construire dernièrement un petit appareil porte-radium qui prend appui sur le front du patient soutenu par le bandeau frontal

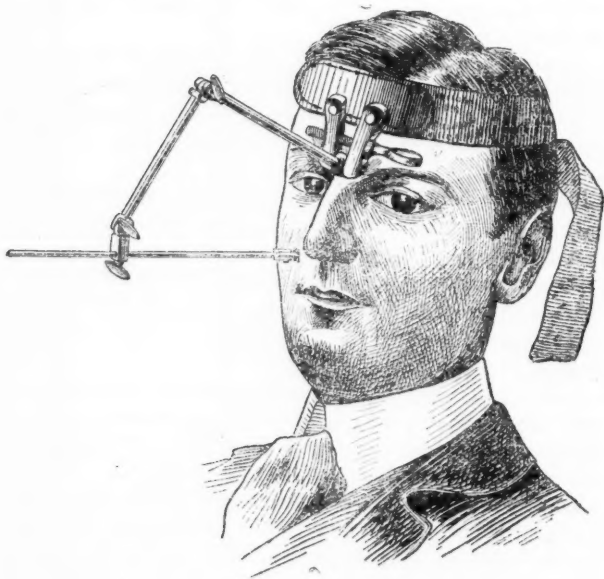


Fig. 7.

(fig. 7). La tige qui doit appliquer le radium est maintenue dans la position requise grâce à un petit mécanisme composé de trois articulations à charnières qui permet sa fixation dans tous les sens. Comme les mouvements de l'appareil sont solidaires de ceux de la tête du malade, une fois le radium en

place, le malade peut bouger, lire et même se promener, sans crainte de voir son radium se déplacer de la position convenable.

Chez certains malades très tolérants, cet appareil porte-radium peut être utilisé, pour les applications, à l'intérieur de la bouche, du pharynx, et des fosses nasales; mais quand il s'agit d'appliquer le radium, sur la base de la langue, sur l'épiglotte et à l'intérieur du larynx, il faut absolument tenir de la main la tige du radium, en se servant en même temps du miroir guttural, comme pour les examens laryngoscopiques, ce qui est très fatigant et ennuyeux pour le malade et le médecin.

Le sel de radium collé à la surface du petit plateau est protégé par une simple couche de vernis imperméable; n'existant pas ici, comme dans l'ancien système, de lame d'aluminium interposée, le sulfate de radium laisse passer le 60 % de ses rayons, et se prête facilement aux multiples applications externes et endo-pharyngiennes, endo-nasales, etc.

En outre, de cette façon, avec l'appareil à sels collés on n'a besoin que d'une bien moindre quantité de radium pour couvrir une même surface, ce qui est un avantage très appréciable étant donné le prix des sels de radium.

On peut sans inconvénient aseptiser les appareils à sels collés en les plongeant un quart d'heure dans l'eau bouillante, par un flamage à l'alcool ou par un passage à l'étuve. Les appareils ne craignent réellement que les dégradations mécaniques; c'est pourquoi on fera bien, au sortir de l'eau bouillante, de ne pas les essuyer et de laisser évaporer l'eau qui les mouille.

La forme des plateaux est carrée et non ronde. En voici la raison: quand on veut traiter une région malade dont la surface dépasse celle du plateau, il est nécessaire de subdiviser cette région en un certain nombre de circonscriptions sur lesquelles on applique successivement le sel de radium.

S'il était contenu dans une boîte circulaire ou collé sur un plateau rond on ne pourrait échapper à l'un de ces deux inconvénients: ou bien laisser entre les petits cercles traités, tangents à leur périphérie, des portions de la surface malade non trai-

tées, ou bien superposer partiellement ces cercles et donner ainsi à certaines régions une dose double de celle qui leur est nécessaire. Avec la forme carrée on évite ces inconvénients.

Le radium n'agit pas sur les lésions situées à une grande profondeur. Le radio-chromomètre de Benoist démontre que le pouvoir de pénétration du rayonnement du radium est plus faible que celui des rayons Röntgen, il équivaut à celui d'une ampoule très molle ; par conséquent son action très intense sur la surface décroît rapidement à quelques millimètres de profondeur.

Le radium se prête parfaitement à être introduit par les premières voies pour agir directement sur elles ; on peut donc comparer les sels de radium à une minuscule ampoule de Röntgen pouvant être placée à l'intérieur de ces cavités.

Nous allons maintenant donner un résumé des observations des malades traités par ce nouvel agent thérapeutique.

OBSERVATIONS

A. — *Maladies de la bouche.*

I. *Papillite linguale de la pointe et des bords.* — Pilar C..., 49 ans, traitée le 21 janvier 1906. Application de sulfate de radium pendant quinze minutes, trois fois par semaine. Réaction à peine sensible après la cinquième séance, guérison ce même jour. Les papilles, avant très rouges, gonflées et douloureuses sont maintenant plus petites et plus pâles. La douleur disparut complètement après la troisième séance.

II. *Nœvi vasculaire de la commissure labiale droite* du volume d'un gros pois. — Carlos A..., 26 ans, 27 décembre 1903. Application de radium à la distance de 2 millimètres pendant vingt minutes trois fois par semaine. Préréaction et réactions normales. Guérison après la douzième application, ou soit après cinq semaines de traitement. L'épiderme et le derme se détruisirent superficiellement et il se produisit une régression atrophique du tissu érectile qui pâlit peu à peu et se transforma en tissu inodulaire, en laissant seulement comme reliquat une petite cicatrice.

III. *Ulcération tuberculeuse du centre de la langue d'un diamètre d'une pièce de cinquante centimes.* — Antonio P..., 22 ans, 29 décembre 1905.

Applications de radium à contact pendant trente minutes toutes les vingt-quatre heures.

A la quatrième application on prolonge la durée des séances jusqu'à quarante minutes.

Après la quinzième séance, l'ulcère est plus pâle et s'entoure d'une couronne rouge. Après la vingt-cinquième séance il se forme, au centre de la plaie, des granulations rosées d'excellent aspect et vingt jours après l'ulcération tuberculeuse était cicatrisée.

Pas de récidive au bout de trois mois, malgré que les sommets de ce malade sont assez gravement atteints.

IV. *Epithéliome de la lèvre inférieure de 18 millimètres de diamètre, sans le moindre engorgement ganglionnaire.* — Rosendo M..., 63 ans, 2 février 1906.

Applications de sulfate de radium pendant quarante minutes toutes les vingt-quatre heures, dix jours de suite. Puis dix autres applications de soixante minutes toutes les huit heures. Au bout de trente-cinq jours le malade était complètement guéri ; la cicatrice était lisse et très peu apparente.

V. *Epithéliome végétant de la pointe de la langue sans induration sous-jacente, ni ganglions.* — Pedro M..., 49 ans, 20 décembre 1905.

Le volume de la tumeur est à peu près celui d'une cerise ; le cas paraît donc très favorable au traitement par le radium.

Après huit séances de quarante minutes, on ne perçoit pas la moindre modification sur le néoplasme.

Après la neuvième séance l'épithéliome pâlit et semble diminuer de volume au cours des six séances suivantes ; mais bientôt la base de la tumeur s'indure, la lésion est plus profonde et l'on suspend le traitement après vingt-deux applications de radium de quarante-cinq minutes.

Le 3 mars 1906, la maladie avait empiré ; le néoplasme s'étendait rapidement vers le bord gauche de la langue en infiltrant profondément l'organe. Je conseille au malade l'extirpation partielle de la langue.

Il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux stratifié.

B. — *Maladies du pharynx.*

VI. *Reproduction d'un épithéliome de la base de la langue et de l'épiglotte, opéré par la pharyngotomie transhyoïdienne ; cette reproduction a lieu sur la paroi latérale gauche du pharynx.* — Antonio R..., 52 ans, de Soller. Opéré par moi trois mois en arrière ⁽¹⁾. La récédive était à craindre, car il s'agissait d'une des formes de cancer les plus malignes et d'évolution très rapide. Le néoplasme formait un relief convexe et elliptique sur la paroi gauche du pharynx, en arrière du pilier postérieur et s'étendait en bas jusqu'au larynx.

47 mars. — Applications de radium pendant vingt minutes.

28 mars. — Après la première séance on en a fait dix autres de soixante minutes deux fois par jour. La tumeur a diminué de volume, sa surface est en grande partie nécrosée sur la portion de néoplasme accessible au radium.

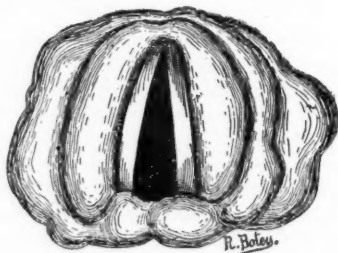


Fig. 8.

Image laryngoscopique après l'extirpation de la langue et de l'épiglotte.

L'entrée du larynx, qui après l'opération formait un infundibulum large qui permettait la vision de l'intérieur du larynx sans tenir la langue, en approchant seulement le miroir au fond de la gorge (fig. 8) est maintenant retrécie. Cette ouverture elliptique dans le sens antéro-postérieur, située en-dessus des bandes ventriculaires, est constituée par les tissus des parois latérales du

(1) La première partie de cette observation a été publiée dans mes *Archivos de Rinologia, etc.*, N° 138, p. 107 et suivantes.

pharynx qui poussent les replis ary-épiglottiques en couvrant ainsi les bandes ventriculaires, si visibles jadis, et une grande partie des cordes vocales (*fig. 9*).

La sténose de l'entrée du larynx oblige à exécuter la trachéotomie, car le radium n'a pu agir sur les tissus situés profondément.

24 avril. — Après la trachéotomie les applications de radium ont continué deux fois par jour pendant soixante-quinze minutes chaque séance.

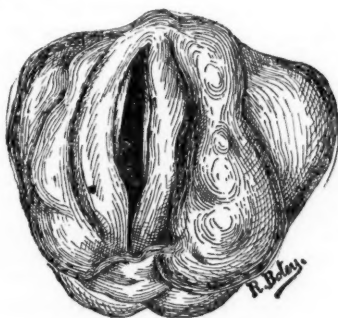


Fig. 9.

Image laryngoscopique trois mois après l'opération.

Le résultat a été à peu près nul, car le radium n'a agi que sur la surface de la tumeur, le néoplasme a continué après soixante-six séances de plus d'une heure, à envahir la région sous-maxillaire et sus-hyoïdienne.

C. — Maladies du nez.

VII. *Epithéliome cutané ulcéré du lobule nasal.* — Eulalia Roig, 55 ans, 26 mars 1906.

Un érysipèle facial suivi de phlyctènes sur le nez. Une de ces phlyctènes se transforme en ulcération qui devient chronique trois ans auparavant.

Au moment de l'examen l'ulcération présente une forme quadrilongue de 22 millimètres de diamètre dans le sens transversal

tées, ou bien superposer partiellement ces cercles et donner ainsi à certaines régions une dose double de celle qui leur est nécessaire. Avec la forme carrée on évite ces inconvénients.

Le radium n'agit pas sur les lésions situées à une grande profondeur. Le radio-chromomètre de Benoist démontre que le pouvoir de pénétration du rayonnement du radium est plus faible que celui des rayons Röntgen, il équivaut à celui d'une ampoule très molle ; par conséquent son action très intense sur la surface décroît rapidement à quelques millimètres de profondeur.

Le radium se prête parfaitement à être introduit par les premières voies pour agir directement sur elles ; on peut donc comparer les sels de radium à une minuscule ampoule de Röntgen pouvant être placée à l'intérieur de ces cavités.

Nous allons maintenant donner un résumé des observations des malades traités par ce nouvel agent thérapeutique.

OBSERVATIONS

A. — *Maladies de la bouche.*

I. *Papillite linguale de la pointe et des bords.* — Pilar C..., 49 ans, traitée le 21 janvier 1906. Application de sulfate de radium pendant quinze minutes, trois fois par semaine. Réaction à peine sensible après la cinquième séance, guérison ce même jour. Les papilles, avant très rouges, gonflées et douloureuses sont maintenant plus petites et plus pâles. La douleur disparut complètement après la troisième séance.

II. *Nœvi vasculaire de la commissure labiale droite* du volume d'un gros pois. — Carlos A..., 26 ans, 27 décembre 1905. Application de radium à la distance de 2 millimètres pendant vingt minutes trois fois par semaine. Préréaction et réactions normales. Guérison après la douzième application, ou soit après cinq semaines de traitement. L'épiderme et le derme se détruisirent superficiellement et il se produisit une régression atrophique du tissu érectile qui pâlit peu à peu et se transforma en tissu inodulaire, en laissant seulement comme reliquat une petite cicatrice.

III. *Ulcération tuberculeuse du centre de la langue ds diamètre d'une pièce de cinquante centimes.* — Antonio P..., 22 ans, 29 décembre 1905.

Applications de radium à contact pendant trente minutes toutes les vingt-quatre heures.

A la quatrième application on prolonge la durée des séances jusqu'à quarante minutes.

Après la quinzième séance, l'ulcère est plus pâle et s'entoure d'une couronne rouge. Après la vingt-cinquième séance il se forme, au centre de la plaie, des granulations rosées d'excellent aspect et vingt jours après l'ulcération tuberculeuse était cicatrisée.

Pas de récédive au bout de trois mois, malgré que les sommets de ce malade sont assez gravement atteints.

IV. *Epithéliome de la lèvre inférieure de 18 millimètres de diamètre, sans le moindre engorgement ganglionnaire.* — Rosendo M..., 63 ans, 2 février 1906.

Applications de sulfate de radium pendant quarante minutes toutes les vingt-quatre heures, dix jours de suite. Puis dix autres applications de soixante minutes toutes les huit heures. Au bout de trente-cinq jours le malade était complètement guéri ; la cicatrice était lisse et très peu apparente.

V. *Epithéliome végétant de la pointe de la langue sans induration sous-jacente, ni ganglions.* — Pedro M..., 49 ans, 20 décembre 1905.

Le volume de la tumeur est à peu près celui d'une cerise ; le cas paraît donc très favorable au traitement par le radium.

Après huit séances de quarante minutes, on ne perçoit pas la moindre modification sur le néoplasme.

Après la neuvième séance l'épithéliome pâlit et semble diminuer de volume au cours des six séances suivantes ; mais bientôt la base de la tumeur s'indure, la lésion est plus profonde et l'on suspend le traitement après vingt-deux applications de radium de quarante-cinq minutes.

Le 3 mars 1906, la maladie avait empiré ; le néoplasme s'étendait rapidement vers le bord gauche de la langue en infiltrant profondément l'organe. Je conseille au malade l'extirpation partielle de la langue.

Il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux stratifié.

B. — *Maladies du pharynx.*

VI. *Reproduction d'un épithéliome de la base de la langue et de l'épiglotte, opéré par la pharyngotomie transhyoïdienne ; cette reproduction a lieu sur la paroi latérale gauche du pharynx.* — Antonio R..., 52 ans, de Soler. Opéré par moi trois mois en arrière (1). La récurrence était à craindre, car il s'agissait d'une des formes de cancer les plus malignes et d'évolution très rapide. Le néoplasme formait un relief convexe et elliptique sur la paroi gauche du pharynx, en arrière du pilier postérieur et s'étendait en bas jusqu'au larynx.

17 mars. — Applications de radium pendant vingt minutes.

28 mars. — Après la première séance on en a fait dix autres de soixante minutes deux fois par jour. La tumeur a diminué de volume, sa surface est en grande partie nécrosée sur la portion de néoplasme accessible au radium.

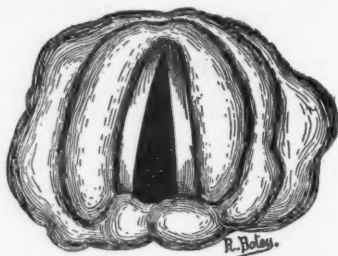


Fig. 8.

Image laryngoscopique après l'extirpation de la langue et de l'épiglotte.

L'entrée du larynx, qui après l'opération formait un infundibulum large qui permettait la vision de l'intérieur du larynx sans tenir la langue, en approchant seulement le miroir au fond de la gorge (fig. 8) est maintenant rétrécie. Cette ouverture elliptique dans le sens antéro-postérieur, située en-dessus des bandes ventriculaires, est constituée par les tissus des parois latérales du

(1) La première partie de cette observation a été publiée dans mes *Archivos de Rinologia, etc.*, N° 138, p. 107 et suivantes.

pharynx qui poussent les replis ary-épiglottiques en couvrant ainsi les bandes ventriculaires, si visibles jadis, et une grande partie des cordes vocales (*fig. 9*).

La sténose de l'entrée du larynx oblige à exécuter la trachéotomie, car le radium n'a pu agir sur les tissus situés profondément.

24 avril. — Après la trachéotomie les applications de radium ont continué deux fois par jour pendant soixante-quinze minutes chaque séance.



Fig. 9.

Image laryngoscopique trois mois après l'opération.

Le résultat a été à peu près nul, car le radium n'a agi que sur la surface de la tumeur, le néoplasme a continué après soixante-six séances de plus d'une heure, à envahir la région sous-maxillaire et sus-hyoïdienne.

C. — Maladies du nez.

VII. *Epithéliome cutané ulcéré du lobule nasal.* — Eulalia Roig, 55 ans, 26 mars 1906.

Un érysipèle facial suivi de phlyctènes sur le nez. Une de ces phlyctènes se transforme en ulcération qui devient chronique trois ans auparavant.

Au moment de l'examen l'ulcération présente une forme quadrilongue de 22 millimètres de diamètre dans le sens transversal

et de 16 millimètres dans le sens vertical. La plaie s'étend depuis la pointe du nez. La plaie est assez profonde et intéresse toute l'épaisseur de la peau. Une partie de l'ulcère pour relief recouvert par une croûte adhérente, qui si on l'arrache montre une surface saignante.

Les bords de l'ulcération sont élevés durs et quelque peu granuleux par places.

A la sixième séance de radium pendant trente minutes, les bords de l'ulcération avaient perdu partiellement leurs caractères propres; tout autour de l'ulcère on percevait une ligne blanchâtre cicatricielle qui montrait que la peau normale se mettait à la place du tissu néoplasique.

A la vingt-cinquième séance les quatre cinquièmes de l'ulcération sont cicatrisés. Il reste seulement une petite plaie sur l'aile du nez, sur laquelle les applications de radium avaient été moins fréquentes.

Douze séances de quinze minutes produisent la complète cicatrisation de cette dernière portion d'épithéliome.

On a donc eu besoin de vingt-sept applications de radium, de vingt-cinq à trente minutes et douze à quinze minutes pour guérir complètement le mal.

La cicatrice qui en est résultée est lisse et un peu plus déprimée que le reste de la peau du nez, et son diamètre bien moindre que la plaque épithéliomateuse.

VIII. *Lupus ulcéré de la pointe du nez avec végétations tuberculeuses de la tête du cornet inférieur droit et du vestibule nasal.* — 26 avril 1905. Luisa Cerdá, 38 ans.

Il y a dix-huit mois, rougeur du nez de plus en plus foncée. Ulcération fongueuse sur cette rougeur. La malade consulte plusieurs spécialistes inutilement; le mal grandit toujours, le nez se bouche du côté droit et se remplit de croûtes. Rien aux sommets.

Séances journalières de radium de trente minutes. A la quatrième séance l'ulcération s'est réduite considérablement; le résultat obtenu est vraiment surprenant.

Après la septième séance toute la surface ulcérée se recouvre d'une mince couche blanchâtre qui ne se décolle pas par frottement; cette cuticule est de l'épiderme nouvellement formé.

Après la douzième séance toute l'ulcération était parfaitement cicatrisée.

IX. *Acné rosacé du nez.* — 9 avril 1906. Antonin Oliver, 21 ans. Depuis trois ans le malade souffre de sensations de chaleur sur son nez suivies de petits boutons couverts d'une petite croûte.

La pointe du nez de ce malade est d'un rouge uniforme et on y observe un nombre considérable de petites veines filiformes qui forment un filet à mailles très serrées d'un rouge vif.

On fait huit séances de radium de quinze minutes sans le moindre résultat.

On recourt alors aux scarifications linéales de Vidal.

X. *Epithéliome cutané ulcéré, de tout le dos du nez.* — 15 avril 1906. Josefa Oro, 66 ans.

La malade raconte que seize ans auparavant il lui apparut sur le dos de son nez un petit bouton dur qui plus tard s'ulcéra et se couvrit d'une croûte. La malade consulta alors une foule de médecins sans obtenir de guérison, puis des empiriques qui lui appliquèrent des onguents.

Le néoplasme siège sur presque tout le dos du nez, il occupe principalement la face gauche et traverse inférieurement la ligne moyenne pour s'étendre en outre sur le lobule en entier et sur l'aile droite. En haut le mal touche le sac lacrymal gauche, en arrière il dépasse la limite du sillon naso-génien du même côté et par en bas il atteint le bord inférieur de la narine droite.

Cet épithéliome mesure 51 millimètres de longueur sur son plus grand diamètre (du sac lacrymal gauche à la narine droite); 23 millimètres de largeur à son extrémité inférieure, sur le lobule du nez; 32 millimètres à sa partie centrale et 10 millimètres sur la partie supérieure. Son aspect est irrégulier, ses bords saillants et très élevés en partie fongueux; sur le côté gauche du nez il existe deux nodules d'inflammation qui soulèvent la peau.

20 avril. — A la quatrième application de radium de trente minutes le résultat favorable obtenu est évident; sur le centre de l'épithéliome on observe une surface cicatrisée de plus de deux centimètres carrés.

30 avril. — Les trois quarts de la surface épithéliomateuse est guérie; il reste seulement aux extrémités supérieure et inférieure deux petites ulcérations très saillantes et irrégulières à bords durs.

26 mai. — Guérison complète de l'épithéliome cutané, en laissant une cicatrice assez peu saillante après quarante-cinq jours de traitement.

D. — *Maladies des oreilles.*

XI. *Malade opérée d'attico-antrotomie dont l'épidermisation est très lente.* — Magdalena Palau, 19 ans. Opération radicale de l'oreille droite le 2 février 1906 avec résection de la pointe de la mastoïde pour otorrhée avec Bezold.

La marche post-opératoire de la plaie fut excellente; mais l'épidermisation des parois inférieure du conduit et interne de la caisse traînait en longueur. La malade opposant des résistances à la greffe de Thiersch par crainte de la douleur, je lui proposai les applications de radium qui furent immédiatement acceptées.

Ces applications eurent lieu directement en interposant seulement une lamelle de gaze. Les séances, comme d'habitude, étaient journalières et duraient trente minutes.

A la troisième séance on nota un changement. Les fongosités s'étaient aplaties et étaient devenues plus lisses, plus blanches et moins atoniques.

Après la sixième séance tout le fond de l'oreille était complètement cutanisé.

XII. *Actinomyose du tragus et du lobule de l'oreille droite propagée à la région parotidienne vers l'angle de la mâchoire inférieure.* — Rosita N..., 9 ans, 18 janvier 1906.

La maladie débuta par le centre du lobule deux années auparavant. Maintenant le lobule, le tragus et une petite partie de la région voisine sont tuméfiés, ulcérés avec deux trajets fistuleux par où sort du pus.

La petite malade a été traitée par différents médecins, comme scrofule et comme syphilis sans le moindre résultat. J'observe dans un recoin d'une ulcération plusieurs grains jaunes de soufre caractéristiques de l'actinomyose, ces grains sortent en comprimant le tragus.

En examinant ces grains au microscope et en les colorant (Gram, éosine), ils offrent l'aspect de filaments entrelacés avec des prolongements radiés périphériques se terminant par des épaississements en forme de massue. Il s'agit donc vraiment d'actinomyose.

Après avoir ouvert et bien nettoyé les culs de sac contenant des grains et du pus, on commence les applications de radium directement sur le mal.

Les séances ont lieu tous les jours pendant quarante minutes.

A la cinquième application, les grains avaient complètement disparu.

A la vingt-deuxième séance de radium la petite malade était complètement guérie.

Deux mois après il n'existait pas de récurrence. La patiente, par pure précaution prend néanmoins 25 centigrammes de iode de potassium par jour.

E. — Maladies du larynx.

XIII. *Tuberculose infiltro-hypertrophique du larynx avec ulcérations sur l'épiglotte et l'aryténoïde gauche.* — Pedro M..., médecin, 50 ans. Traité par moi la première fois en mars 1905, par l'acide lactique et le galvano-cautère, car la lésion possédait un aspect scléro végétant très ressemblant au lupus. Le résultat obtenu fut médiocre.

9 mars 1906. — Douleurs vives pendant l'acte de la déglutition ; l'épiglotte est plus rouge et ulcérée, de même que l'aryténoïde gauche. Application de radium pendant huit minutes sur l'épiglotte, après avoir cocaïnisé le pharynx.

23 mars. — Aidé du miroir laryngoscopique et de l'anesthésie locale on a fait neuf applications de radium sur l'épiglotte. La douleur à la déglutition a augmenté, mais l'épiglotte et les aryténoïdes sont moins congestionnés sans que l'ulcération montre de la tendance à se fermer.

Toutes les deux ou trois minutes, il faut suspendre la séance à cause de la position de la bouche et de la langue qui fatigue le malade. Ceci fait que pour une séance de 15 minutes il faut en employer au moins trente. En outre, cette pose laryngoscopique si prolongée est aussi très fatigante pour l'opérateur.

Sans l'anesthésie locale ces applications de radium sont à peu près impossibles à l'intérieur du larynx, car le moindre mouvement, le plus léger contact sur les bandes ou les cordes, occasionne immédiatement des réflexes pharyngiens.

D'autre part, la cocaïnisation du larynx tous les deux jours, finit par énerver le malade et par produire l'accoutumance, ce qui oblige à multiplier les attouchements et prolonge de plusieurs minutes la durée de la séance.

En outre, la fréquence avec laquelle le malade doit tirer sa langue pendant une demi-heure, rend le frein douloureux et arrive même d'y faire naître une plaie qui oblige à discontinuer les applications de radium pendant cinq ou six jours.

20 avril. — Après plusieurs repos et une quinzaine d'applications de radium la tuberculose du larynx ne semble pas avoir expérimenté la plus petite amélioration.

XIV. *Ulcération tuberculeuse de l'épiglotte avec infiltration aryénoïdienne.* — *Ulcération de la base du pilier antérieur gauche et de la fosse glosso-épiglottique.* — Aurora Jaume, 21 ans. D'aspect délicat, peau fine et blanche, teint anémique, 16 novembre 1905.

Douleurs à la déglutition depuis dix-sept mois à cause d'une ulcération de l'épiglotte. Cet ulcère est traité avec le lactophénol pur et guérit après cinq mois de traitement.

21 avril 1906. — Nouvelles ulcérations tuberculeuses sur la base du pilier antérieur gauche et au fond de la fossette glosso-épiglottique. Application de radium pendant quinze minutes, ce qui occasionne de fréquentes nausées à la malade, malgré que l'abaisse-langue soit manœuvré très doucement.

30 avril. — Après neuf séances quotidiennes de quinze minutes l'ulcération du pilier guérit. On applique le radium sur l'ulcération de la fosse glosso-épiglottique. Pas besoin ici d'abaisse-langue, il faut opérer en position laryngoscopique ce qui est très ennuyeux et fatigant, car la malade supporte mal les séances malgré la cocaïnisation préalable.

8 mai. — Pas ou très peu d'amélioration. On suspend les applications de radium.

XV. *Ulcération tuberculeuse de la paroi postérieure du pharynx. Laryngite tuberculeuse chronique vulgaire. Infiltration des deux sommets, deuxième période.* — Antonio Reig, 25 ans, tousses depuis huit mois. Vient consulter le 12 avril 1906.

Application de radium sur l'ulcère du pharynx pendant vingt minutes avec notre petit appareil porte-radium, que le malade supporte bien.

30 avril. — Plaie du pharynx complètement cicatrisée, après quinze séances de trente minutes. La tuberculose du larynx n'a pas expérimenté la moindre amélioration.

4 juin. — On suspend le radium.

RÉFLEXIONS. — Ces 15 cas sur 19 traités par moi, ces huit derniers mois, se prêtent déjà à la formation d'une opinion sur les effets thérapeutiques des sels de radium en oto-rhino-laryngologie.

En premier lieu, l'influence rapidement favorable du radium sur la cicatrisation des néoformations malignes et tuberculeuses peu profondes et peu étendues, est de toute évidence. Le radium fait vraiment merveille dans le traitement de l'épithéliome cutané du nez. Ainsi on voit chez la malade de l'observation VII, un ulcère épithéliomateux de trois années de durée, guérir complètement dans l'espace de sept semaines. L'observation X est encore plus surprenante ; une femme ayant un épithéliome du nez depuis seize ans guérit par le radium en huit semaines de traitement.

Il faut noter que dans ces cas, la tumeur maligne ne disparaît pas brusquement. Les premiers jours l'influence du radium paraît être minime, les effets semblent s'accumuler d'une manière latente ; puis le tissu néoplasique secrète de la sérosité plus ou moins sanguinolente, après s'être fortement congestionné. Ce tissu se nécrose, se réabsorbe, se replie sur lui-même, et la tumeur diminue de volume en même temps qu'apparaît sous lui du tissu sain qui cicatrise rapidement la surface ulcérée, en la recouvrant au préalable d'une pellicule blanchâtre très mince qui rappelle une fausse membrane excessivement ténue : c'est le nouvel épiderme.

Cette réduction de volume et cette cicatrisation, une fois en train, marchent rapidement ; ainsi des épithéliomes ayant cinq centimètres de diamètre (obs. X). n'ont que trois centimètres après la neuvième séance.

Cette action si élective, que l'on peut presque qualifier de spécifique, que possède le radium sur l'épithéliome cutané, est aussi manifeste et même plus, pour le lupus nasal ulcéré peu étendu, en surface et en profondeur, comme le démontre l'observation VIII, ou une ulcération de la pointe du nez de dix-huit mois de date, rebelle à tous les traitements, se réduit considérablement après la quatrième application de radium, se cicatrisant complètement à la quatorzième séance.

Malheureusement cette puissante action curative du radium

ne dépasse guère sur nos tissus l'épaisseur de quelques millimètres et l'étendue de quelques centimètres. Malgré que le radium se prête bien mieux que les rayons de Röntgen pour agir à l'intérieur des cavités comme le larynx, l'oreille, la bouche, le nez, le pharynx, puisque l'on peut facilement l'introduire, si la lésion n'est pas superficielle et limitée, les effets du radium sont à peu près nuls comme le démontre l'observation VI. Dans de semblables cas, malgré la longue durée des séances, on n'obtient que la mortification superficielle du néoplasme sur une épaisseur de trois à quatre millimètres, les parties situées plus profondément suivent leur marche envahissante avec la même ou peut-être avec une plus grande rapidité.

Sur l'épithéliome de la langue d'une certaine épaisseur le radium n'agit pas favorablement; ces effets curatifs très superficiels n'empêchent pas la propagation du mal (obs. V).

Les effets curatifs du radium sur l'acné rosacé sont complètement nuls. En échange le radium guérit rapidement le psoriasis lingual, les séances doivent être courtes, de trois ou quatre minutes. Une ou deux séances suffisent quelquefois pour guérir une plaque de leucoplasie.

Nous avons transcrit un cas d'actinomyose du pavillon guéri dans l'espace de quatre semaines, et l'on sait que cette maladie d'origine bovine, peut durer des années même traitée par l'iodure de potassium.

Le radium active considérablement la cicatrisation des surfaces cruentes dont l'épidermisation se trouve retardée par manque d'énergie dans le pouvoir de multiplication des cellules épithéliales. Ces merveilleuses propriétés peuvent être mises à profit, comme nous l'avons fait pour la malade de l'observation XI, pour terminer rapidement la cutanéisation du fond de l'oreille après l'opération radicale en substitution de la greffe de Thiersch, qui est toujours plus ou moins douloureuse.

A notre avis, les applications de radium peuvent être quotidiennes, et de cette façon l'on abrège la durée du traitement. Le radium de 500.000 activités (de un à deux centigrammes) peut être appliqué non seulement pendant quinze minutes,

mais même pendant deux ou trois heures par jour si on le juge nécessaire. Ceci est très facile à réaliser quand on se sert de mon petit appareil porte-radium qui n'a besoin que d'être de temps en temps surveillé pour s'assurer de son bon placement.

Les avantages des sels de radium sur les rayons Röntgen sont bien évidents quand on doit agir à l'intérieur des cavités naturelles du corps humain, comme nous l'avons déjà dit. A l'intérieur, les avantages du radium et des rayons Röntgen sur les méthodes chirurgicales sont comparables et presque équivalents. Avec l'un et l'autre systèmes on obtient une jolie cicatrice restauratrice de la forme primitive de la région ; la douleur, l'infection locale et les hémorrhagies disparaissent. Mais le radium constitue en petit appareil d'une activité constante, plus maniable que les rayons Röntgen. La grande supériorité du radium consiste en ce qu'il se trouve plus à la portée de tous les médecins que les rayons X. En effet, le médecin ne doit ici se préoccuper de l'intensité du courant électrique, de l'état hygrométrique de l'atmosphère, etc. comme avec les rayons de Röntgen. Mes aides, mon valet de chambre et même le propre malade devant un miroir, appliquent chez moi le radium. Il suffit de bien placer le petit appareil et de surveiller son fonctionnement et sa stabilité.

Le médecin de campagne et celui qui exerce dans les centres urbains secondaires, où il est à peu près impossible de disposer d'une installation de Röntgen à cause de son prix très élevé, où les praticiens ne recourent pas facilement à l'intervention chirurgicale ; là où les cancéroïdes des lèvres et les épithéliomes cutanés sont assez fréquents, ce serait une grande ressource de pouvoir utiliser le radium.

Mais le radium est, de la même façon, très cher ; il est nécessaire de disposer au moins de 2.000 francs pour être possesseur de quelques centigrammes d'un sel de radium de 500.000 activités. Ce conflit serait facilement résolu en louant le radium aux médecins, d'autant plus que, comme l'on sait, le radium est inusable ; de cette façon on n'utiliserait pas dans la pratique des sels de radium très impurs et en des quan-

tités trop minimes pour être efficaces, comme il arrive maintenant.

A côté des cas où le radium a fait merveille (épithéliome cutané, cancroïde de la lèvre, actinomycose, lupus, etc.) nous avons observé d'autres cas (épithéliome lingual, épithéliome du pharynx, tuberculose du larynx, acné rosacé) où le radium n'a pas réussi.

Ces échecs doivent nous enseigner à être prudent dans le traitement par le radium de ces affections, ne demandant au radium plus qu'il ne peut donner, sous peine de voir succéder à cette période d'enthousiasme pour le radium, une autre période de discrédit trop exagéré.

En résumé, le radium en est encore à l'étape de recollection de faits et de cas traités par cet agent merveilleux, principalement en ce qui touche l'oto-rhino-laryngologie. Il manque encore une classification rationnelle des cas observés pour pouvoir en tirer des conséquences fermes et définitives.

Pour cette classification, la publication impartiale de tous les succès et de tous les revers s'impose en indiquant en même temps cliniquement et expérimentalement avec précision les conditions dans lesquelles on a agi ou on s'est trouvé.

Néanmoins, on peut déjà commencer à croire que le radium est inefficace contre les processus franchement tuberculeux du larynx ; son pouvoir curatif est partiel et insuffisant contre le cancer profond ; mais en échange le radium guérit très rapidement : l'épithéliome cutané, le lupus nasal, certains cancroïdes des lèvres, l'actinomycose superficielle et limitée ; cicatrise promptement les ulcérations torpides et le psoriasis lingual.

II

MICRORHINIE ET CONCHOTOMIE

Par **CROUZILLAC** (Toulouse).

Mendel, dans son intéressant travail, a démontré quelle place importante doit être accordée au nez dans l'étude de la respiration. Cet auteur s'est efforcé d'établir quels étaient les dangers d'une respiration défectueuse, et quels troubles elle pouvait occasionner.

Il était donc utile d'établir quelle devait être la respiration normale, de pouvoir se rendre compte, de façon mathématique, de son ampleur, en un mot de pouvoir la mesurer. C'est ce que n'ont pas manqué de faire les physiologistes, et les instruments plus ingénieux les uns que les autres ont été construits dans ce but. Nuel et Fredericq les classent en trois catégories.

1° Ceux qui inscrivent les mouvements d'ampliation de la cage thoracique ;

2° Ceux qui transmettent à un levier les variations de la pression intra-thoracique ;

3° Enfin ceux qui indiquent le volume d'air qui entre dans les poumons et en sort.

Tous ces instruments ont pour but l'étude de la respiration en général, mais aucun ne s'occupe spécialement de la respiration nasale.

D'ailleurs, la physiologie de cet acte limitée à l'étude d'une partie de l'arbre aérien a été complètement négligée ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

(1) MENDEL. — *Physiologie et pathologie de la respiration nasale*, p. 1.

(2) COURTADE. — *Etude clinique et physiologique de l'obstruction nasale*, p. 19.

Cela explique pourquoi Zuckerkandl ⁽¹⁾ a pu écrire l'un des premiers. « La fonction principale des fosses nasales, qui consiste à maintenir ininterrompues les relations entre le monde extérieur, la sphère olfactive et les poumons, diffère selon que les fosses nasales sont étroites ou larges, que les cornets sont rapprochés ou éloignés les uns des autres, qu'ils sont ou non en contact avec la cloison. En effet, ces dispositions architectoniques influent sur le courant d'air inspiré », délimitant ainsi le rôle des fosses nasales au point de vue physiologique de la respiration. Il n'est pas non plus surprenant que des rhinologistes, tels que Sandmann ⁽²⁾, Zwaardemaker ⁽³⁾, Kayser ⁽⁴⁾, Jacobson, à l'étranger, Mendel, Courtade et autres aient été les premiers à s'occuper de la physiologie de la respiration nasale.

Mendel a tenté, avec son rhinomètre, d'établir le rapport qui existe entre l'ouverture de l'orifice respiratoire et la quantité d'air introduite dans les poumons à travers ce dernier ; enfin, il a établi le même rapport pour l'orifice buccal. Courtade n'admet ses conclusions que sous toute réserve. Quant à lui, il préfère utiliser pour ses recherches un appareil de son invention : le Pneumodographe ⁽⁵⁾.

L'emploi des uns comme des autres sert à établir la différence de perméabilité qui existe d'une fosse nasale à l'autre, ou encore l'insuffisance respiratoire bi-narinaire. Cette insuffisance a fait l'objet de nombreux travaux dans ces dernières années, et les symptômes qui s'y rattachent ont été diversement interprétés. Les troubles qu'ils sont susceptibles de provoquer sont si graves que les pédiatres comme les rhinologistes en ont été émus. Les uns et les autres ont voulu solutionner la question, ils n'ont pas toujours pu se mettre d'accord.

(1) ZUCKERKANDL. — *Anat. norm. et path. des fosses nasales*. Introd. p. XIV.

(2) SANDMANN. — Soc. de laryng. de Berlin, 3 novembre 1893

(3) ZWAARDEMAKER. — « Etude de la respiration pour le diagnostic de la respiration nasale ». *Arch. f. laryng.*, n° 2, 1893.

(4) KAYSER. — Société all. d'otologie, Iéna, 1895.

(5) COURTADE. — *Loc. cit*, p. 29 et suivantes.

Quant à nous, nous estimons que les causes de cette gêne respiratoire sont nombreuses, et, en premier lieu, nous plaçons le rétrécissement congénital ou acquis des narines — ou *microrrhinie* — le coryza hypertrophique, les éperons de la cloison, les queues de cornet, les végétations adénoïdes, la déformation de la voûte palatine chez les enfants, les polypes du nez et les tumeurs du naso-pharynx viennent augmenter la liste des causes efficientes chez l'adulte.

Mais si les troubles qu'elle provoque, si sa symptomatologie ont été bien étudiés, c'est à peine si le traitement a été ébauché. Il nous a paru intéressant de diriger nos efforts de ce côté et d'essayer de rétablir la perméabilité des fosses nasales obstruées.

Nous définirons d'abord la microrrhinie, ses causes; nous étudierons ensuite sa symptomatologie, et décrirons enfin le traitement que nous lui appliquons.

DÉFINITION. — Nous entendons par *microrrhinie* le resserrement transversal du nez ou étroitesse congénitale de certains auteurs, s'étendant d'avant en arrière et ayant pour conséquence l'absence complète, ou à peu près, d'espace libre entre la face convexe du cornet inférieur et la face correspondante de la cloison.

CAUSES. — Les causes sont liées à un arrêt de développement de la face. Cet arrêt peut être congénital ou acquis. L'arrêt de développement du maxillaire supérieur empêche les parois externes du nez de s'éloigner de la ligne de soudure médiane, et par là de la cloison. L'air, dans ces conditions, ne traverse point le méat moyen aussi librement et en quantité suffisante. Il y a insuffisance respiratoire par microrrhinie. C'est le type de l'arrêt de développement congénital, c'est lui qui provoque les déviations de la cloison, la voûte en ogive, l'implantation vicieuse des dents.

Les arrêts de développement peuvent être liés à des affections diverses, aux traumatismes; ils sont alors acquis.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes qui trahissent son existence sont communs à plusieurs affections nasales.

En premier lieu la *dyspnée nasale*, facilement explicable par l'atrésie de la lumière du méat. Les mucosités passent par

l'orifice postérieur, se dessèchent dans le pharynx, nécessitent, pour être expulsées, des appels violents de hémage; parfois les patients ont des mouvements spasmodiques d'expiration qui leur procurent une sensation de bien-être momentané.

La gêne respiratoire est d'autant plus accentuée que l'obstruction nasale est plus complète. Elle a pour conséquence l'établissement de la respiration buccale supplémentaire, surtout pendant la nuit. Le sommeil, au lieu d'être calme et paisible, est souvent agité, entrecoupé par des cauchemars, des sensations de gêne, d'étouffement. La sécheresse de la gorge fait son apparition, elle peut être telle que le malade soit obligé de se lever pour humecter sa gorge ou pour boire.

Lors d'une marche rapide, d'une ascension, l'obstruction nasale occasionne de l'essoufflement. Elle peut être le point de départ d'une série d'actes réflexes qui guérissent avec sa disparition (asthme d'origine nasale) (Schmigelow, Hack, Hergny, Lublinski, J. Sommerbrodt, F. Franck); fièvre des foins, emphysème pulmonaire, laryngite striduleuse (Coupard); spasmes de la glotte (Ruault). Elle est la cause efficiente de l'insuffisance de capacité respiratoire (Joal)⁽¹⁾; des déformations thoraciques expérimentalement observées par Ziem⁽²⁾. En effet, cet auteur constata qu'en obstruant une narine chez le chien, on obtenait l'aplatissement de la face du même côté et la déviation sigmoïde de la colonne vertébrale. Redard⁽³⁾ a remarqué que les diverses affections obstruant le nez sont une cause très fréquente de cyphose, de scoliose et de déformations thoraciques. Les scolioses d'origine nasale, écrit-il, sont, en général, dorsales à courbure longue, peu prononcées, fréquentes chez la femme, accompagnant des déformations thoraciques importantes, apparaissant et se développant surtout pendant l'adolescence, au moment de la période de croissance, à la suite d'une inflammation d'une certaine durée des muqueuses des voies respiratoires supérieures.

Le tube digestif lui-même n'échappe pas à l'action néfaste

(1) JOAL. — Recherches spirométriques dans les affections nasales. *Rev. laryngol.*, 1890.

(2) ZIEM. — *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, 1888.

(3) REDARD. — *Gazette de Paris*, mars 1890.

de cette obstruction (*alimentation difficile des nourrissons, mastication bruyante, dilatation de l'estomac*, voir thèse de Sourdrille, 1887; Audat, 1898; Landolt, 1902, travaux de Chabory, 1896; Gaston, Aviragnet, 1899).

A côté de ces manifestations, nous observons des signes dits extérieurs qui n'en sont pas moins appréciables.

Le front est relativement bosselé et fuyant, les bosses occipitales aplaties, la face, vue de profil, paraît développée exagérément, le nez est très proéminent, resserré, très mince, effilé, fortement développé et busqué, la fente des narines est très étroite, parfois même les ailes du nez semblent-elles s'accoler à la cloison, tant la fente des narines est étroite.

Le diamètre bi-malaire est très rapproché, inférieur au diamètre normal, la voûte palatine fortement en ogive, les dents ont une insertion vicieuse, la distance des angles internes des yeux de beaucoup plus rapprochée que normalement.

La bouche entr'ouverte permet la respiration supplémentaire, bruyante. Il y a du prognathisme inférieur donnant au malade un peu de la conformation du bull-dog (Castex-Malherbe). La lèvre supérieure est mal développée, en accent circonflexe, tandis que celle inférieure est grosse et pendante.

Les oreilles, en général mal conformées, peuvent être le siège de lésions secondaires diverses. Leurs troubles arrivent en premier lieu, même si on ne veut pas faire entrer en ligne de compte ceux dus aux maladies infectieuses, aux traumatismes, on peut avancer que 95 % des affections aiguës ou chroniques de l'oreille sont dues à des altérations aiguës ou chroniques du nez ou du pharynx.

Le thorax est déprimé latéralement, parfois le sternum paraît saillant, comme dans les cas constatés d'insuffisance respiratoire. On constate, en un mot, tous les signes d'arrêt de développement du squelette que Ziem ⁽¹⁾ et Delavan ⁽²⁾ ont obtenus expérimentalement par l'occlusion des voies aériennes supérieures chez les animaux.

L'examen objectif est souvent pénible; l'introduction dans

(1) ZIEM. — *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1890.

(2) BR. DELAVAN. — *Th. Journ. of the Americ. scien.*, 8 mars 1890.

les narines et surtout l'écartement des valves du speculum sont parfois sinon impossibles du moins très limités.

L'orifice narinaire très étroit présente l'aspect d'une fente. S'il arrive que la rhinoscopie antérieure ne permette de constater rien d'anormal, souvent, au contraire, on rencontre un rapprochement si complet de la cloison et des cornets (la première ne présentant aucune anomalie), que les méats inférieurs et moyens sont virtuels et l'acte respiratoire sinon impossible, du moins très difficile. Cette atrésie peut intéresser tout ou partie des narines.

L'examen de l'oro-pharynx, la rhinoscopie postérieure nous fourniront aussi d'intéressants renseignements. Ils nous révéleront le degré de perméabilité de la partie postérieure des fosses nasales, l'absence ou la présence de lésions concomitantes (queues de cornets, végétations adénoïdes, protubérance des vertèbres, atrésie pharyngée, tumeurs du naso-pharynx). Cet examen, même secondé par l'emploi des releveurs, n'est pas toujours possible. L'examen digital ne saurait y suppléer, il fournit des renseignements trop vagues.

Recherchera-t-on les anomalies qui peuvent exister au niveau de l'isthme du pharynx que l'on voit les piliers antérieurs très rapprochés de la ligne médiane, ceux postérieurs comme accolés à la paroi pharyngée et plus rapprochés encore de cette même ligne médiane, enfin le voile du palais est retiré en haut, comme soudé à la paroi postérieure du pharynx.

Il est évident que la voix dont le timbre se modifie en partie dans le masque perd de ses qualités et devient nasonnée.

Bref, nous retrouvons reproduite, dans toutes les affections ayant pour origine l'obstruction nasale, une même symptomatologie et des troubles sensiblement les mêmes ⁽¹⁾.

Le traitement de ces atrésies intra-nasales (Kaiser) variera donc selon la cause.

Quant à nous, en ce qui concerne l'atrésie des narines par resserrement des parois externes, la microrhinie, en un mot, nous croyons qu'il doit être chirurgical ⁽²⁾.

(1) COURTADE. — *Arch. intern. d'ot. rh. lar.*, 1903, t. XVI.

(2) LERMOYER. — *Thérap. des mal. des foss. nasales*, p. 266, t. I.

Loin de nous l'idée d'une opération par trop mutilante ou dangereuse. La conchotomie du cornet inférieur nous a donné les meilleurs résultats et nous partageons d'ailleurs, en ce qui concerne cet organe, les idées que H. Cordes⁽¹⁾, de Berlin, émettait, en 1900, au sujet du cornet moyen. « La résection partielle ou totale du cornet moyen, écrivait-il, est une opération très souvent indiquée et sans conséquences fâcheuses. » J'ai, pour ma part, reséqué fréquemment ce cornet sans le moindre ennui ; j'ai également opéré de même façon sur le cornet inférieur, avec le même succès.

MANIÈRE OPÉRATOIRE. — Après anesthésie préalable avec la solution suivante :

Stovaïne.	1 gr.
Chl. adrénaline à 1/1000 ^e	2 gr.
Eau distillée	10 gr.

abrasion du bord libre du cornet inférieur à la pince de Laurens sur une étendue latérale d'autant plus grande que le resserrement du nez est plus accentué, et qu'il se prolonge plus loin, d'avant en arrière. A l'extrémité postérieure, il n'est pas rare de rencontrer une petite queue de cornet : abrasion de celle-ci indifféremment à l'anse chaude ou à l'anse froide. Si les deux narines sont obstruées, ce qui est le cas le plus fréquent, l'intervention pourra être faite des deux côtés dans la même séance.

L'hémorrhagie opératoire est à peu près nulle, elle pourrait manquer complètement avec l'emploi d'une dose plus élevée d'adrénaline. Mais, en raison des accidents immédiats auxquels peut donner lieu ce produit et de l'hémorrhagie secondaire possible, nous préférons l'employer à dose faible.

Pansement au Penghawar stérilisé introduit dans le nez sans l'y comprimer. Léger suintement sanguinolent pendant quelques heures, mal à la tête consécutif à la gêne respiratoire. Température 38 à 38,5. Sommeil agité, sécheresse de la bouche et de la langue. Impossibilité de déglutir les aliments solides. Alimentation froide liquide ou demi-liquide.

(¹) H. CORDS. — *Arch. f. laryng. und rhinol.*, vol. XI, fasc. 2, 1900.

Après 24 heures, le pansement peut être changé et fait plus légèrement. Si son ablation n'entraîne pas d'hémorrhagie et que le malade soit docile, l'enlever complètement. Il faut, dans ce cas, s'efforcer de ne point laisser en contact avec la plaie, des poils de penghawar, dont la présence pourrait donner lieu aux néoformations signalées sous le nom de tumeurs à Penghawar.

Insufflation de poudre d'aristol sur la plaie.

Le malade, dès lors, reniflera plusieurs fois par jour une pommade antiseptique à base de résorcine, aristol, iodol, thymol, salol, etc., etc. Il sera soigneusement revu tous les 4 ou 5 jours et, si dans la suite une adhérence semblait vouloir se faire entre la cloison et le cornet, elle sera rompue au stylet. Nous avons observé un cas d'adhérence récidivant, nous en rapportons l'observation. Elle est suivie de la relation des résultats obtenus dans quelques cas traités par cette méthode.

OBSERVATION I. — M^{lle} M. J., 22 ans, Rieumes (Hte-Garonne), vient nous trouver à cause d'une gêne respiratoire nasale et de raclements de la gorge.

À l'interrogatoire, nous apprenons qu'elle a souvent du coryza. Elle rêve et ronfle la nuit. Le matin, au réveil, gorge sèche, pâteuse.

Rhinoscopie antérieure. — Fente nasale très étroite, ailes du nez presque appliquées contre la cloison.

L'introduction du spéculum nasi est d'autant difficile que la malade est très timorée. Cornet inférieur aplati, au contact de la cloison à droite. Queue de cornet. Le méat gauche, quoique obstrué, est un peu plus libre. Muqueuse congestionnée avec rougeur diffuse.

Rhinoscopie postérieure. — Atrésie des choanes dans leur diamètre transversal, mucosités du pharynx, rougeur au niveau du bourrelet tubaire.

TRAITEMENT. — Anesthésie à la cocaïne. Conchotomie inférieure double à la pince de Laurens. Hémorrhagie moyenne. Pansement au Penghawar stérilisé, enlevé 48 heures après, petite hémorrhagie, pansement léger que la malade expulse en se mouchant le deuxième jour. Revue 8 jours plus tard, la

narine gauche se cicatrise parfaitement, la droite, au contraire, fait une adhérence. Nous rompons cette dernière, et malgré une surveillance attentive, 1 mois 1/2 plus tard nous en constatons une nouvelle. Ablation à la pince. Même traitement.

Malgré nos conseils, cette patiente indocile se présente à des dates très éloignées, toujours porteuse d'adhérences. Nous la débarrassons enfin définitivement après 8 mois de labeur.

OBSERVATION II. — J. L., 10 ans, est accompagné à notre consultation parce qu'il tient la bouche ouverte.

Facies adénoïdien, ronlements nocturnes, prognathisme supérieur, dentition à insertion vicieuse, voûte ogivale, thorax étroit, teint pâle.

Rhinoscopie antérieure. — Atrésie des fosses nasales, cornets inférieurs presque au contact de la cloison.

Légère retraction de la muqueuse après cocaïnisation, insuffisante toutefois pour permettre la respiration nasale seule.

Rhinoscopie postérieure. — Très petite queue de cornet, atrésie des choanes, bord convexe du cornet inférieur très rapproché de la cloison. Pas de végétations.

TRAITEMENT. — Anesthésie à la stovaine. Conchotomie inférieure double, légère hémorragie. Pansement au penghawar, enlevé après 48 heures. Surveillance pendant douze jours. Guérison. Revue trois mois plus tard.

Respiration absolument libre, facies meilleur, développement considérable, amélioration des déformations thoraciques. Gymnastique respiratoire.

OBSERVATION III. — P. M., 25 ans, maréchal-ferrant, se plaint de dyspnée nasale, de maux de tête assez fréquents, de sécheresse de la gorge, surtout nocturne.

Rhinoscopie antérieure. — Muqueuse rouge, légèrement œdémateuse, petit éperon à droite, contre lequel s'applique le cornet inférieur, fente respiratoire très étroite. Tête du cornet moyen légèrement hypertrophiée.

A gauche, le bord libre du cornet inférieur est distant de 1 millimètre environ de la cloison.

Rhinoscopie postérieure. — Cavum recouvert de mucosités jaunâtres qui s'échappent des choanes ; pas de queues de cornet, pas de végétations adénoïdes. Légère pharyngite hypertrophique.

TRAITEMENT. — Anesthésie à la cocaïne, résection des cornets inférieurs, sur toute leur étendue, à la pince de Laurens. Hémorrhagie insignifiante. Pansement au penghawar stérilisé, enlevé 36 heures après. Guérison très rapide de la plaie. Amélioration très sensible de l'état général.

OBSERVATION IV. — G. S..., 48 ans, accuse une audition défec-tueuse et des bourdonnements d'oreille. Il se plaint encore de respirer par la bouche.

Aspect d'un adénoïdien : nez fin, allongé, étroit, pommettes peu saillantes, front fuyant, maxillaire supérieur peu développé, dents mal implantées.

Rhinoscopie antérieure. — Microrhinie sur les 2/3 des cornets inférieurs, éperon de la cloison dans la moitié postérieure.

Rhinoscopie postérieure. — Hypertrophie du tissu lymphoïde du pourtour de l'orifice de la trompe, de l'extrémité des cornets inférieurs. Pharyngite catarrhale chronique.

TRAITEMENT. — Conchotomie double. Même traitement consécutif que précédemment. Même résultat. Revu 1 mois plus tard, l'aspect du cavum est complètement modifié, l'hypertrophie circum-tubaire a regressé ; le malade respire bien, entend mieux et n'a plus de bourdonnements.

OBSERVATION V. — M^{lle} J. L., 44 ans, nous est accompagnée parce que son médecin habituel a constaté une déviation de la colonne vertébrale au début. Cette malade avait été opérée six ans auparavant, de végétations adénoïdes et d'amygdales hypertrophiques. Elle ronfle la nuit, a du cauchemar et de fréquents et très pénibles rhumes de cerveau. Son thorax est peu développé et sa colonne vertébrale légèrement déviée à gauche. Dents à insertion vicieuse.

Rhinoscopie antérieure. — Atrésie totale des deux fosses nasales, dyspnée respiratoire considérable.

Rhinoscopie postérieure. — Ni les amygdales, ni les végétations n'ont de récidence. Rétrécissement des choanes.

TRAITEMENT. — Conchotomie double sous bromure d'éthyle. Hémorrhagie abondante. Pansement au penghawar, enlevé après 48 heures. La respiration, après exercices, s'améliore rapidement et redevient normale un mois après. La gymnastique suédoise a vite raison de la scoliose.

Il nous serait possible d'augmenter considérablement le nombre de nos observations. Nous rapportons seulement quelques-unes de celles qui nous paraissent le plus intéressantes.

Nous concluons de cette étude :

1° Que la conchotomie pratiquée en s'entourant de toutes les précautions d'asepsie, est une opération sans danger ;

2° Que pour être d'une exécution délicate, elle peut n'en être pas moins rapidement exécutée ;

3° Qu'il est préférable de n'utiliser que l'anesthésie locale à la stovaine ou à la cocaïne ;

4° Que l'usage d'une solution d'adrénaline peut entraîner consécutivement une hémorrhagie considérable, comme d'ailleurs, l'emploi du bromure d'éthyle ;

5° Que les pansements pourront être faits soit avec des gazes stérilisées, soit avec du penghawar également stérilisé. Que si ce dernier gêne moins et peut être plus facilement enlevé, il présente l'inconvénient de pouvoir provoquer des néoformations ;

6° Que chaque fois qu'il y a dyspnée nasale prononcée, avec troubles du pharynx et de l'état général, il y a lieu de rétablir la perméabilité nasale ;

7° Que seule la conchotomie, en détruisant les cornets hypertrophiés ou trop rapprochés de la cloison, peut donner ce résultat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XV^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Lisbonne, 19-26 avril 1906.)

Séance du 20 avril.

COMMUNICATIONS

SAINT-CLAIR THOMSON (Londres). — **Trois cas de sinusite fronto-ethmoïdale avec évacuation spontanée à travers la région fronto-orbitaire.** — Les cas de suppuration chronique des cavités fronto-ethmoïdales s'évacuant par le nez sont couramment observés par le rhinologiste. Mais les cas où le pus se fraye une voie à travers les os de la face au lieu d'employer les orifices naturels sont beaucoup plus rares. Le fait tiendrait peut-être à ce que certains de ces cas sont traités par des chirurgiens (non spécialistes) et que d'autres sont primitivement constatés par des ophtalmologistes.

J'ai eu l'occasion dernièrement de traiter trois malades, chez lesquels le pus, après avoir traversé la paroi osseuse, se fit jour sous forme d'abcès de la face. Pour chacun d'eux l'évolution fut différente et mérite d'être rapportée, car elle peut servir à compléter les connaissances que nous avons sur les suppurations des cavités nasales accessoires.

Ces cas semblent permettre une comparaison avec ce que nous savons de la marche du pus dans les cavités mastoïdiennes :

Dans le premier cas, une simple incision de l'abcès facial amena la guérison, résultat comparable à celui obtenu par l'incision de Wilde dans les abcès sous-périostés de la mastoïde ;

Dans le deuxième cas, l'abcès de la face fut incisé, mais, de plus, le sinus frontal fut ouvert et drainé : les conditions, le traitement et le résultat ont été les mêmes que pour l'abcès rétro-auriculaire d'origine mastoïdienne avec ouverture et drainage de l'antre mastoïdien, mais sans atteindre la cavité tympanique ;

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait d'une infection chro-

nique avec exacerbation, dont l'évolution a été comparable à celle de ces otorrhées chroniques, ayant pour point de départ l'autre otite, qui nécessitent une opération rétro-auriculaire complète.

Suivant notre remarque, ces cas de suppuration fronto-ethmoïdale pointant vers la superficie, sont comparables aux abcès mastoïdiens rétro-auriculaires. Ils montrent que, si l'infection est récente, l'incision précoce (cas n° 1), ou l'incision suivie de drainage du sinus (cas n° 2) suffit pour obtenir la guérison ; mais que si cette suppuration est ancienne, et que l'abcès, pointant vers la superficie, soit le résultat d'une rétention purulente ou d'une infection nouvelle (cas n° 3), une opération radicale est indiquée.

L'utilité de la diaphanoscopie a été manifeste pour le cas n° 1, la lésion étant unilatérale, la différence de transparence entre les deux côtés était très nette. Ce même cas nous a permis de constater le retour de la complète transparence, observée après la guérison d'une sinusite aiguë (et récente).

Si les sinus sont atteints bilatéralement, la diaphanoscopie est d'un moindre secours.

L'absence de température, le manque de réaction générale doivent être remarqués, car ils pourraient faire différer une intervention nécessaire et favoriser ainsi l'établissement d'un empyème chronique ou l'extension à un sinus voisin.

La découverte du micrococcus catarrhalis (cas n° 2), est intéressante, car il s'agissait d'un malade vivant au milieu de malades atteints de rhume (coryza) et d'amygdalite.

Le sinus frontal est rarement visible avant la septième ou la huitième année, il ne se développe entièrement qu'au moment de la puberté ; aussi la jeunesse d'un de nos malades mérite-t-elle d'être signalée.

La sinusite frontale chez un malade de 11 ans n'avait jamais été observée par moi jusqu'ici.

M. GROSSMANN (Vienne). — Je ne voudrais ajouter à l'intéressante communication de Thomson que quelques mots touchant le diagnostic et le traitement des sinusites fronto-faciales suppurées. Au point de vue du diagnostic, je crois pouvoir, m'appuyant sur une expérience vieille de trois ou quatre années déjà, conclure que la radiographie est susceptible de nous fournir des données incomparablement plus sûres et précises que la diaphanoscopie. Celle-ci ne nous procure que des renseignements vagues sur lesquels il est impossible de baser un diagnostic ferme. La radioscopie et la radiographie sont particulièrement démonstratives pour les suppurations du sinus maxillaire où leur emploi ne se

heurte d'ailleurs à aucune difficulté sérieuse ; il est à espérer que les perfectionnements de la technique nous permettront bientôt de les utiliser avec autant de succès dans le diagnostic des suppurations des autres cavités accessoires du massif facial.

En ce qui concerne la thérapeutique, je me permettrai d'attirer de nouveau l'attention sur une méthode inaugurée à Vienne, par le Prof. Moosetig, pour le traitement de la carie des os longs, méthode qu'il a dénommée lui-même « plombage des os ». Dans la cure des sinusites maxillaires, on l'emploie de la façon suivante : le sinus est largement ouvert au niveau de la fosse canine, soigneusement cureté, désinfecté avec une solution antiseptique, puis asséché ; on y coule alors une émulsion très fluide et rapidement composée essentiellement d'iodoforme et portée à une température de 40° Réaumur ; quand la cavité sinusienne est complètement remplie de cette émulsion on suture hermétiquement la plaie cutanée par-dessus. Employé suivant les règles, le plombage du sinus maxillaire donne en quelques jours une guérison complète et définitive.

M. GROSSMANN. — Cancer du larynx extirpé et resté sans récurrence depuis 2 ans, grâce à la radiothérapie. — Je vous présente un malade, âgé de 67 ans et demi que j'ai opéré, voici plus de deux ans, d'un cancer de la corde vocale droite et que j'ai pu préserver jusqu'ici de toute récurrence grâce à des applications successives des rayons X...

A. G. TAPIA (Madrid). — Un nouveau syndrome : quelques cas d'hémiplégie du larynx et de la langue, avec ou sans paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze. — Jusqu'à ce jour on a décrit différents syndromes dont l'hémiplégie du larynx, du voile du palais (pharynx) et celle de la langue constituent les éléments essentiels ; comme éléments accessoires peuvent venir se surajouter la paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et celle du trapèze du même côté.

Le syndrome le plus fréquent — hémi-paralysie du larynx associée à l'hémi-paralysie du voile du palais — porte le nom de *syndrome d'Avellis*, c'est-à-dire de l'auteur qui l'a le plus minutieusement étudié. Lorsqu'à l'hémiplégie du larynx et du voile s'ajoute l'hémiplégie de la langue, le syndrome prend le nom de *syndrome de Jackson*. Il devient enfin le *syndrome de Schmidt* lorsqu'aux paralysies susdites vient se joindre celle du sterno-

cléido-mastoïdien et du trapèze (muscles innervés tous deux par la branche externe du spinal).

Je ne veux pas abuser de votre attention en vous énumérant les cas, publiés jusqu'à ce jour, concernant chacun de ces syndromes ni le siège des lésions constatées dans ces cas; l'étude en a été faite par des maîtres illustres, Lermoyez, Poli et autres, et je ne veux pas insister.

Je vais seulement vous exposer quelques cas dont la caractéristique est l'association de l'hémiplégie du larynx et de la langue sans hémiplégie du voile palatin. Dans ces cas peut aussi exister ou non la paralysie des muscles de l'épaule.

Nous verrons ensuite si cette nouvelle forme mérite de constituer un nouveau syndrome.

OBSERVATION A. — *Résumée* ⁽¹⁾. — Un jeune toréador, en plaçant des « banderillas », fut atteint par le taureau, qui lui fit avec la corne une petite blessure dans la partie latérale droite du cou. Actuellement, existe une cicatrice de 2 centimètres, située immédiatement en arrière de l'angle du maxillaire inférieur.

SYMPTÔMES. — *Sphère de l'hypoglosse*. — Si nous faisons tirer la langue à ce malade, nous voyons qu'elle est déviée vers la droite; la pointe regarde du côté de la lésion, tandis que, dans la bouche, elle regarde du côté sain. Ceci est parfaitement explicable par l'action des génioglosses.

La moitié droite de la langue est atrophiée. Nous n'avons pu y découvrir les fuliginosités dont parlent les auteurs. Il existait un tremblement très marqué; l'excitation électrique du nerf lingual exagérât tellement le tremblement qu'il semblait que la langue se mouvait en totalité (action pseudo-motrice de Heidenhain).

L'os hyoïde est très enfoncé, surtout du côté droit, et, au contraire, le cartilage thyroïde est très saillant; peut-être ceci est-il dû à la paralysie du muscle thyro-hyoïdien, innervé, comme on sait, par l'hypoglosse.

Les muscles infrahyoïdiens sont normaux, parce que, quoique leur innervation dépende des filets nés au niveau de l'anse de l'hypoglosse, il faut tenir compte de ce que, dans la constitution de la dite anse, interviennent des filets issus des deuxième et troisième paires cervicales.

La mastication, la déglutition et l'articulation de la parole s'effectuent aujourd'hui assez bien; mais, en y portant beaucoup

(1) TAPIA. — Voir *La presse oto-laryngologique belge*, février 1905.

d'attention, on remarque une certaine incorrection dans la prononciation des linguales.

Il est peut-être bon d'insister sur la netteté avec laquelle ce malade affirme que, depuis le moment de l'accident, il ne peut avaler les aliments qu'à la condition de les placer sur la moitié gauche de la langue, fait qui démontre l'action de cet organe dans le premier acte de la déglutition.

De tout ce qui précède on est en droit de conclure que l'hypoglosse droit a été sectionné.

Sphère du vago-spinal. — Par l'examen laryngoscopique, nous pûmes observer la paralysie complète du côté droit ; la corde de ce côté était rectiligne et immobile en position intermédiaire à celle d'inspiration profonde et de phonation, la corde gauche dépassait la ligne médiane, mais n'arrivait pas à rejoindre sa congénère.

La mobilité du voile est intacte ; on ne peut y trouver aucune trace de paralysie. Il n'y a pas d'hémianesthésie laryngée. Ce malade eut de la tachycardie.

Je ne dois pas m'arrêter davantage sur ce cas ; il suffit de dire que le pneumogastrique était sectionné au-dessous du pharyngé supérieur (ce qui explique la normalité du voile) et, en même temps, l'hypoglosse.

Sphère du spinal. — Paralysie, atrophie et réaction de dégénérescence du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze. La corne sectionna aussi le nerf accessoire de Willis.

En résumé, ce malade présentait :

Une hémiplégie du larynx ; une hémiplégie de la langue ; une paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze du même côté.

OBSERVATION B. — *Résumée* ⁽¹⁾. — Il s'agit d'un homme de 29 ans, qui porte une cicatrice sur la partie latérale gauche du cou, un peu au dessous de l'angle de la mâchoire : c'est l'effet d'un traumatisme chirurgical ayant nécessité la section du pneumogastrique, de l'hypoglosse et du grand sympathique. Cette opération a été pratiquée par Reclus, pour l'ablation d'un épithéliome branchial, peu volumineux, du cou.

La section du pneumogastrique a produit la raucité de la voix ; la corde vocale gauche est immobile et plus éloignée de la ligne médiane qu'à l'état normal, lorsque le malade cherche à émettre un son.

(1) DEBOVE. — « Sections multiples des nerfs crâniens. » *La Presse médicale*, 4 février 1903.

La section de l'hypoglosse a produit l'hémi-paralysie et l'hémi-atrophie du même côté de la langue.

Il y a, en plus, des phénomènes légers sous la dépendance du grand sympathique. Pas de paralysie du voile. Pas de paralysie du sterno-cléido-mastoidien et du trapèze.

En résumé, ce malade présentait une hémiplégie du larynx ; une hémiplégie de la langue.

OBSERVATION C. — *Résumée, inédite.* — Elle concerne un malade de 48 ans qui présentait, à la limite inférieure de la région parotidienne droite, une tumeur dure, de la grosseur d'une mandarine, indolente et peu mobile. La circulation supplémentaire des veines superficielles du cou était très développée. Malgré que la voix et la respiration s'accomplissaient normalement, je fis systématiquement l'exploration du larynx (suivant mon habitude dans tous les cas de néoplasmes du cou). Je trouvai la corde vocale droite paralysée en position moyenne, ce qui démontrait, d'après la loi de Semon, que la lésion nerveuse était incomplète : cette même situation phonatoire de la corde démontrait la non altération de la voix.

La sensibilité du larynx, ainsi que la mobilité du voile et des muscles de l'épaule, étaient intactes.

On n'observait aucune déviation de la langue, lorsque le malade la tirait hors de la bouche ; mais, si on lui disait de la diriger vers le côté sain, il se trouvait dans l'impossibilité de le faire. Pas d'atrophie.

Ce malade, qui refusa l'opération, constitue un cas très intéressant, puisque l'on a pu suivre pas à pas la marche de la lésion qui est arrivée à produire la destruction nerveuse complète et, comme conséquence, la position intermédiaire de la corde et l'hémiplégie évidente de la langue. Le malade est mort. Pas d'autopsie. En résumé, chez ce malade, il y avait hémiplégie du larynx ; hémiplégie de la langue.

OBSERVATION D. — *Résumée, inédite.* — Le cas que je vais exposer est celui d'un autre toréador célèbre qui reçut un coup de corne au niveau de la partie latérale droite du cou sur une étendue de 10 centimètres.

Lorsqu'il fut transporté à l'infirmerie du cirque il ne pouvait ni avaler, ni parler, et il étouffait. Il y avait un gros hématome du cou qui, sans doute, comprimait le larynx. Les premiers soins donnés, l'hématome vidé et quelques vaisseaux liés (artère thyroïdienne supérieure), le malade respira plus facilement, mais

il conserva une grande difficulté pour la déglutition et un grand enrouement, presque de l'aphonie.

L'examen, fait alors par le Dr A. Bravo (à la complaisance duquel je dois ces renseignements) lui démontra une hémiparalysie de la langue, mais il ne trouva pas de paralysie du voile, ni du sterno-mastoldien et du trapèze.

La déglutition fut rétablie en trois jours, mais les troubles de la voix et de la parole pour les linguales persistèrent.

Dans ces conditions, un mois après l'accident, je procédai à un examen rapide, et trouvai ce qui suit :

Mobilité du voile et du pharynx intacte ; il faut supposer que la difficulté de la déglutition, qui dura seulement trois jours, était due à une cause mécanique (hématome) ou inflammatoire ;

Voix enrouée, bitonale ; le malade déclare que la voix est très améliorée et cela se comprend par l'influence exercée par la corde saine ; sensibilité laryngée normale ; corde droite rectiligne et immobile en position intermédiaire.

Hémiplégie et légère atrophie du même côté de la langue.

Chez ce malade, l'hypoglosse fut, sans doute, sectionné, et cela explique les troubles linguaux. Mais, quel est le siège de la lésion nerveuse qui motiva l'hémiparalysie du larynx ? Il n'y a pas lieu de supposer que le pneumogastrique fut atteint parce qu'il manquait d'autres symptômes qui accompagnent presque toujours sa section. Il faut tenir compte de ce que la destruction lente du pneumogastrique, produite par des tumeurs, par exemple, est très peu grave ; et, quoique la section brusque de ce nerf à l'état de santé ne produise pas souvent d'accidents graves immédiats (voir le cas de l'observation A) cela n'est pas fréquent. D'ailleurs, il est très difficile de blesser le pneumogastrique dans la région carotidienne sans sectionner en même temps la carotide ou la jugulaire interne. Puisque la corne pénétra de bas en haut et très près du larynx, je crois qu'elle blessa le nerf récurrent près de son entrée dans cet organe.

La pénétration de la corne à proximité du larynx et du pharynx nous explique la difficulté respiratoire du premier moment, causée par l'hématome et, en même temps, la dysphagie qui cessa dans le bref délai de trois jours.

En résumé, les symptômes essentiels de ce malade étaient une hémiplégié du larynx ; une hémiplégié de la langue.

OBSERVATION E.

OBSERVATION F.

OBSERVATION G.

Ces 3 cas, cités par Poli, présentaient tous une hémiplégie du larynx et une hémiplégie de la langue. Dans le cas E (Schiffers), la cause reste inconnue. Le cas F (Leudet) paraît dû à une infection cellulaire. Le cas G (Hirt) fut précédé d'une attaque d'apoplexie.

En réalité, dans ces 3 cas, quoique le résultat final ait été l'hémiplégie glosso-laryngée ; le mécanisme, surtout dans le cas de Hirt, n'est pas exactement celui des observations que j'ai recueillies (lésion périphérique).

Je ne connais pas d'autres cas de cette combinaison symptomatique ; cependant, j'incline à croire que ce ne sont pas les seuls, puisque, dans le cou, il y a une région que nous connaissons tous, où les traumatismes et les tumeurs peuvent occasionner la destruction des nerfs qui président à la mobilité du côté respectif du larynx et de la langue.

Maintenant, les cas que je viens de relater méritent-ils qu'on crée en leur faveur un nouveau syndrome ? Comme les combinaisons des symptômes qu'on peut observer dans la pratique sont innombrables, le nombre des syndromes qu'on pourrait décrire n'aurait pas de limites ; mais je crois que celui que j'ai l'honneur de proposer a une individualité justifiée par les observations exposées et parce qu'il s'adapte parfaitement au développement des syndromes étudiés jusqu'à ce jour.

En effet, en prenant comme point de repère l'hémi-paralysie laryngée et en n'oubliant pas qu'à elle (cas de Erb, Martius, etc.), comme aux autres syndromes connus peut venir s'ajouter, à titre d'élément accessoire, la paralysie des muscles de l'épaule, on aura la série suivante :

Hémiplégie du larynx	}	Syndrome d'Avellis
— velo-palatine		
Hémiplégie du larynx	}	Syndrome nouveau
— de la langue		
Hémiplégie du larynx	}	Syndrome de Jackson
— velo-palatine		
— de la langue		

Si aux groupements antérieurs on ajoute la paralysie des muscles de l'épaule, on aura les mêmes syndromes amplifiés avec ce nouvel élément.

Mais comme il est d'usage courant, de désigner sous le nom de syndrome de Schmidt celui d'Avellis amplifié par la participation de la branche externe du spinal, on doit conserver cette ancienne dénomination.

Je demande aux Congressistes si ce syndrome nouveau mérite d'occuper une modeste place à côté des syndromes d'Avellis, de Schmidt et de Jackson.

GROSSMANN (Vienne). — Je voudrais, à l'occasion de la communication de Tapia, faire ressortir une fois de plus la grande importance diagnostique de l'examen laryngoscopique en neuropathologie générale.

Je crois, par exemple, qu'il nous est fréquemment possible, le laryngoscope en main, de dépister le *tabes* à une période de son évolution où il ne se manifeste encore par aucun autre symptôme que par des troubles laryngés. Pour ma part, j'ai pu, à plusieurs reprises, diagnostiquer le *tabes* au début, alors que le médecin traitant n'avait pas le moindre soupçon de cette affection, en m'appuyant simplement sur le résultat d'un examen laryngoscopique qui m'avait révélé une paralysie des deux cordes vocales.

Dans l'hystérie également, au moins quand elle s'accompagne de manifestations laryngées, la laryngoscopie est susceptible de nous fournir des données intéressantes et certaines. Ces manifestations se présentent sous trois formes, tellement caractéristiques que, lorsque nous avons pu constater l'une quelconque d'entre elles, nous pouvons affirmer le diagnostic d'hystérie même alors que tous les autres stigmates de cette affection font défaut. Avant de décrire sommairement ces trois sortes de manifestations laryngées de l'hystérie, je crois devoir dire d'abord que ces manifestations sont toujours bilatérales et, d'autre part, que nous avons toujours affaire à une simple diminution de la fonction de certains muscles du larynx et jamais à une paralysie complète des cordes vocales.

Ceci dit, le trouble laryngé qu'on constate le plus fréquemment au laryngoscope, chez les hystériques, c'est un état de relâchement permanent, involontaire, de la glotte, qui fait que, même quand les sujets font tous leurs efforts pour émettre un son d'une tonalité élevée, la glotte reste béante, affectant la forme d'une fente elliptique. Cette variété de manifestation laryngée hystérique — qui d'ailleurs, soit dit en passant, cède facilement à l'hypnose et à la suggestion — semble être la conséquence d'un trouble existant dans les fonctions des muscles innervés par le nerf récurrent, en ce sens au moins, que ces muscles n'obéissent plus à l'action de la volonté.

À côté de cette forme de *raucité hystérique* qui est souvent très marquée, il en est une autre qui peut encore être plus accentuée et même aller jusqu'à l'*aphonie*. Dans cette deuxième forme nous

avons affaire à une hypermotilité des cordes vocales : au moment de la phonation, les cordes vocales non seulement viennent au contact l'une de l'autre, mais parfois elles se recouvrent, s'enjambent si l'on peut dire ; en même temps elles sont courtes, massives, informes ; la glotte respiratoire est béante. Ici, c'est un trouble fonctionnel plus ou moins profond du muscle cricothyroïdien qui doit être incriminé ; ce muscle devient incapable d'amener la tension des cordes vocales ; par contre, celles-ci sont relâchées par l'action des muscles (Stimmbandmuskel).

La troisième variété de troubles laryngés qu'on rencontre dans l'hystérie est due à une hyperkinésie des adducteurs qui provoquent par moment un rétrécissement tel de la fente glottique que les malades paraissent en danger d'asphyxie. Dans cette variété, les altérations de la voix ne sont pas moins marquées que dans les deux formes précédentes, mais lorsque le sujet est plongé dans le sommeil il respire tout à fait librement, malgré l'adduction en apparence permanente de ses cordes vocales. C'est cette variété de troubles laryngés hystériques que nous appelons *aphonie spastique*.

Séance du 21 avril.

RAPPORT (1)

H. FREY et A. FUCHS (Vienne). — Sur l'épilepsie réflexe d'origine nasale, auriculaire et pharyngienne. — Cette question a été étudiée par nous à l'aide de trois ordres de documents : documents fournis par la littérature médicale, documents cliniques et documents expérimentaux résultant de nos propres travaux.

a) Les documents que nous avons trouvés dans la littérature ne sont pas, malgré leur nombre, d'une bien grande importance, car les observations concernant le sujet que nous traitons sont presque toutes très incomplètes. Quoi qu'il en soit, nous avons pu recueillir 42 cas d'épilepsie constatés au cours ou à la suite de maladies de l'oreille, 41 cas dans des maladies du nez, 5 cas dans des maladies du pharynx, 4 cas enfin dans des maladies portant à la fois sur plusieurs des organes précités.

(1) Ce rapport a été lu devant les deux sections de rhino-laryngologie et d'otologie réunies.

b) Nos documents cliniques personnels portent sur un chiffre de 112 cas d'épilepsie observés par nous à la clinique neurologique de Vienne : sur ce chiffre nous avons noté trente fois des lésions diverses de l'oreille, du nez et du pharynx. Ajoutons que, dans 4 de ces cas, une amélioration notable de l'épilepsie a pu être obtenue grâce à un traitement approprié, appliqué aux lésions en question.

c) Quant aux documents expérimentaux, les auteurs ont constaté que, chez des animaux opérés d'après la méthode Brown-Séquard, les corps étrangers introduits dans l'oreille, le nez et le pharynx, exercent le même effet spasmodique que les excitations extérieures du trijumeau.

La possibilité de l'épilepsie d'origine réflexe chez les animaux, la constatation d'une épilepsie d'origine auriculaire, nasale, pharyngienne, chez l'homme, permettent de supposer que cette dernière est probablement aussi d'origine réflexe. Du moins y a-t-il surtout probabilité qu'il en soit ainsi, chez les enfants chez qui le rôle du cortex cérébral n'a pas encore l'importance qu'il acquiert à un âge plus avancé.

Du reste, voici les conclusions de notre rapport :

1° Chez les enfants et aussi chez les adultes qui présentent une prédisposition à l'épilepsie ou qui sont atteints d'épilepsie confirmée (reconnaissant pour cause une affection cérébrale infantile, une intoxication chronique, un traumatisme crânien, etc.), il paraît probable que les maladies du nez, de l'oreille et du pharynx ainsi que les corps étrangers de ces organes peuvent être le point de départ de crises épileptiques, au même titre et peut-être plus facilement que d'autres excitations périphériques ;

2° Par un traitement approprié, on peut annihiler l'une ou toutes des causes provocatrices des crises ; mais si l'on s'en rapporte aux données recueillies dans la littérature, il ne faut pas compter sur l'efficacité de ce traitement au delà d'une période de quatre années ;

3° Il ne peut donc pas être question de la « guérison » de l'épilepsie par un traitement de ce genre, car il est sans action aucune sur la cause essentielle, primordiale de l'épilepsie : nous ne pouvons qu'espérer, par la suppression de la lésion provocatrice des crises, produire une amélioration notable dans l'état du malade, en ramenant l'affection à l'état latent ;

4° Il est démontré par les statistiques que les maladies et les corps étrangers de l'oreille, du nez et du pharynx sont plus aptes à provoquer des convulsions chez des individus prédisposés à l'épilepsie que toutes autres excitations périphériques : la chose

est surtout vraie pour les enfants chez qui le cortex cérébral ne joue pas encore le rôle important qu'il aura plus tard ; elle l'est tout autant pour les individus atteints d'affections cérébrales qui ont annihilé plus ou moins notablement les fonctions du cortex ;

5° Tout ce qui vient d'être dit montre la nécessité de l'inspection de l'oreille, du nez et du pharynx dans tous les cas d'épilepsie et aussi la nécessité d'un traitement énergique des affections de ces organes qui pourraient être constatées.

GROSSMANN (Vienne). — Si nous voulons apprécier à leur juste valeur les résultats du traitement dans l'épilepsie réflexe d'origine nasale, il faut bien nous garder de raisonner suivant la formule, si souvent fausse : *post hoc, propter hoc*. Il n'est nullement douteux, pour moi, que chez un individu épileptique ou présentant ce que nous appelons une « prédisposition épileptique », toute irritation de ce cerveau anormal, qu'elle soit causée par un état fébrile, une gastropathie, une affection rénale quelconque, une excitation génitale, psychique, etc., ne puisse provoquer une crise d'épilepsie. Je crois de même que certains états pathologiques du nez sont susceptibles, en agissant par la voie du trijumeau, de provoquer des crises analogues. Aussi me paraît-il évident qu'en supprimant toutes ces sources d'irritation pour le cerveau, qu'elles siègent dans l'estomac, l'intestin, l'appareil génital ou dans le nez, on a toutes les chances, sinon toujours de supprimer, du moins d'atténuer et d'espacer les crises d'épilepsie. Mais ce serait une grande erreur — comme l'ont, d'ailleurs, fait ressortir les rapporteurs — de conclure de là que l'épilepsie a sa cause primordiale dans une lésion du nez ou de l'un quelconque des organes ou appareils que je viens de citer. En traitant la lésion nasale nous sommes loin d'avoir modifié l'état pathologique spécifique du cerveau : nous n'avons fait que supprimer une des nombreuses causes occasionnelles susceptibles de provoquer l'éclosion d'une crise.

SPIRA (Cracovie) rappelle la fréquence des troubles cérébraux d'origine réflexe chez les enfants, troubles qui peuvent s'observer à la suite des lésions les plus diverses des différents organes et appareils : tout le monde connaît, en particulier, les phénomènes de méningisme, les crises épileptiformes provoquées par les vers intestinaux. En ce qui concerne particulièrement les troubles nerveux réflexes d'origine auriculaire ou pharyngienne, Spira peut en rapporter au moins deux exemples personnels :

Le premier concerne un jeune enfant qui, depuis longtemps, présentait des accès de spasme laryngé auxquels on avait appliqué

en vain les médications les plus variées et qui guérit radicalement à la suite de l'ablation d'un simple bouchon de cérumen du conduit auditif.

Le second concerne un adulte qui présentait des troubles gastriques très accentués et rebelles (nausées, vomissements) causés par l'existence d'une ulcération du naso-pharynx ; ces troubles disparurent complètement après que la cicatrisation de l'ulcère eut été obtenue par des moyens appropriés.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris). — **Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes.** — Quel que soit l'âge du malade atteint de végétations adénoïdes, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte, l'affection abandonnée à elle-même devient fréquemment cause de troubles graves et variés : elle frappe l'enfant de déchéance et l'atteint aux sources même de la vie ; par les complications de voisinage elle rend difficile à l'adulte la vie sociale ; elle assombrit l'âge mûr par des infirmités précoces et irréparables. Il importe donc qu'elle soit diagnostiquée et traitée de bonne heure.

1^o *Diagnostic.* — La présence de végétations adénoïdes se traduit dans un grand nombre de cas, surtout chez l'enfant, par des signes caractéristiques qui impriment à la physionomie le cachet spécial connu sous le nom de « facies adénoïdien » et qui permettent souvent, du premier coup d'œil jeté sur le malade, de faire préjuger du diagnostic. Si grande cependant que soit la valeur du diagnostic du « facies adénoïdien », le praticien n'est pas autorisé à en tirer des conclusions absolues, car en basant son diagnostic exclusivement sur les caractères du « facies », il risque de commettre une erreur. En effet, il y a des sujets où le « facies adénoïdien » est sous la dépendance de l'obstruction nasale et chez lesquels les tumeurs adénoïdes n'existent pas et, par contre, on voit souvent des sujets porteurs de quantité considérable de végétations adénoïdes où le facies adénoïdien fait défaut.

Les signes fournis par la rhinoscopie antérieure ne rendent que peu de services au point de vue du diagnostic direct des végétations, mais les renseignements qu'elle procure sont, cependant, d'une grande utilité pour le pronostic et le traitement ultérieur. La rhinoscopie postérieure constitue une méthode ingénieuse d'exploration du pharynx nasal et permet de se rendre compte de visu des productions pathologiques du cavum, mais ce procédé, déjà très difficile chez les adultes et les adolescents, devient presque impossible chez les jeunes enfants, non seulement à cause de leur

indocilité, mais aussi à cause du développement insuffisant de leur pharynx ne permettant pas l'introduction du miroir rhinoscopique.

Seul le toucher digital du pharynx nasal, l'exploration du cavum avec le doigt recourbé en crochet, est le mode d'investigation le plus sûr et le plus facile pour constater la présence des végétations adénoïdes. On peut dire de ce procédé qu'il représente la dernière instance, la cour suprême du diagnostic, ses jugements sont sans appel. Cependant c'est faire acte d'humanité et de bonne chirurgie que de se passer de l'examen digital quand l'enfant est trop délicat ou trop pusillanime et se contentant alors des autres signes de présomption, finir le diagnostic avec la curette en disant au petit malade qu'on va seulement mesurer sa gorge.

Le diagnostic différentiel entre les diverses affections du pharynx nasal et les végétations adénoïdes ne présente, généralement, aucune difficulté, si l'on tient compte de l'ensemble des symptômes fonctionnels et physiques de cette dernière affection, et lorsqu'on est familiarisé avec la rhinoscopie antérieure et postérieure et l'exploration digitale.

2° *Traitement.* — Le traitement médical est sans aucune valeur et ne doit être employé que comme traitement d'attente, quand des circonstances de force majeure l'imposent. Par le temps qu'il fait perdre sans profit pour le malade et par les troubles qu'il laisse installer, il peut devenir dangereux. Par contre, associé au traitement chirurgical, il peut rendre de grands services et aider puissamment à la guérison et au rétablissement complet du malade.

La seule conduite vraiment rationnelle que le médecin doit tenir lorsqu'il se trouve en présence d'une cavité naso-pharyngienne remplie des végétations adénoïdes, c'est de procéder le plus tôt possible à leur ablation par une intervention chirurgicale.

L'ablation des végétations adénoïdes doit, autant que possible, être achevée en une seule séance. Les prises isolées fatiguent et démoralisent le malade qui, après une ou deux séances, par crainte de douleur, se refuse même à un simple examen.

L'ablation des végétations adénoïdes étant une intervention banale peu douloureuse, rapidement et facilement faisable à l'état de veille, l'anesthésie générale dans cette opération doit être considérée comme une pratique injustifiée et dangereuse. Ceux qui pensent autrement, en s'appuyant de très bonne foi sur des raisons plus ou moins soutenables, devraient toujours se rappeler que l'anesthésie n'est autre chose qu'un empoisonnement limité,

premier stade de l'empoisonnement général ; que la dose mortelle peut être éloignée de la dose utile, mais que très souvent, elle peut être proche : que parfois le chemin côtoie le précipice (Dastre) et que, comme l'a dit Verneuil, chaque fois que, le chirurgien s'approche d'un malade, la compresse anesthésique à la main, il fait naître pour lui des chances de mort.

En ce qui concerne le choix du procédé opératoire, nous pensons qu'il faut toujours avoir en vue, avant tout, l'intérêt du malade et, bien que pour la majorité des spécialistes l'instrument de choix pour le moment soit le couteau de Schmidt, bien que pour nous la méthode de choix doit être la méthode mixte (emploi simultané de pinces et de couteaux) que nous employons et conseillons depuis de longues années, on doit se familiariser avec les diverses méthodes, car presque toutes peuvent, le cas échéant, trouver exceptionnellement leurs indications.

La *récidive vraie* des végétations adénoïdes ne se produit jamais, ou du moins tout à fait exceptionnellement, lorsque, après une opération habilement effectuée, on s'est assuré par une exploration digitale minutieuse du cavum qu'il ne restait plus de trace de tissu adénoïde.

TAPTAS (Constantinople). — Je suis parfaitement de l'avis de notre confrère quand il déclare qu'il faut, le plus possible, éviter d'endormir les malades et que l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales peut, la plupart du temps, être faite sans narcose. Mais je dois ajouter qu'en pratique on est obligé d'endormir souvent les malades pour deux raisons, savoir : 1° parce qu'on a souvent affaire à des sujets déjà d'un certain âge et nerveux qui ne se laissent pas facilement approcher à l'état de veille ; 2° parce que, même quand on a affaire à un jeune enfant, la famille exige qu'il soit endormi pour lui éviter toute souffrance.

Aussi, pour ces deux raisons, ai-je toujours endormi mes malades et, dans ce but, je me suis toujours servi exclusivement du brométhyle pur non mitigé. Je n'ai jamais eu d'accident et j'attribue ce résultat à la technique que j'emploie. Je ne fais qu'une narcose toute superficielle, le malade étant immobilisé par un infirmier ou un domestique, s'il est très jeune, ou sur une chaise d'opération s'il est trop âgé pour être maintenu par un homme. Cette chaise offre comme particularité de fixer les pieds du patient dans l'immobilisation la plus complète au-dessous du siège, au moyen d'une barre transversale qui peut monter et descendre à travers une fente établie dans les deux pieds de devant de la chaise. De cette manière, les pieds du malade étant fixés, avec les

jambes fléchies, sous le siège de la chaise, le malade ne peut pas prendre de point d'appui par terre ou sur les barreaux de la chaise et il est ainsi obligé à l'immobilité complète.

A. G. TAPIA (Madrid). — Un cas de syphilis trachéale ; trachéoscopie ; myosite aiguë consécutive des masseters ; guérison. — La nouvelle méthode de trachéo-bronchoscopie s'étend rapidement grâce à l'infatigable propagande d'une brillante pléiade de médecins illustres, à la tête desquels marche le maître Killian. Je ne ferais pas cette communication si elle ne devait pas avoir d'autre but que confirmer la valeur diagnostique de la trachéoscopie, de tous bien connue ; mais le cas qui la motive me semble intéressant parce qu'il a présenté une complication exceptionnelle, tellement exceptionnelle qu'elle n'est signalée nulle part et que je ne l'ai jamais observée dans les nombreuses trachéoscopies et œsophagoscopies que j'ai pratiquées. Il s'agit d'une myosite massétérienne aiguë et double à la suite de la deuxième séance de trachéoscopie, pratiquée chez une malade syphilitique.

En voici l'histoire :

M. T., 43 ans, veuve, blanchisseuse, sans antécédents héréditaires de grand intérêt. Son mari mourut d'apoplexie. Elle a été toujours de bonne santé. En décembre dernier, elle eut une bronchite, et, peu de jours après, elle remarqua un peu de gêne respiratoire quand elle faisait des efforts ou montait des escaliers. La toux, presque toujours sèche, a persisté : dernièrement, elle a eu des crachats sanguinolents, la gêne respiratoire a graduellement augmenté jusqu'à mettre sa vie en danger. Quand elle se présenta à ma clinique, elle étouffait, l'inspiration était lente, prolongée, mais peu profonde, bruyante, avec un bruit de froissement très différent du cornage de la sténose laryngée ; elle avait onze inspirations par minute. Cette gêne respiratoire avait donné lieu à une coloration bleuâtre des muqueuses (langue, lèvres) ; la voix restait claire.

Comme on le voit, le type respiratoire indiquait un obstacle des premières voies : le bruit âpre, différent de celui de la sténose du larynx, uni à l'intégrité de la voix, me fit soupçonner un obstacle trachéal.

Je fis sur le champ l'examen laryngoscopique, lequel démontra la normalité du larynx. Immédiatement, je plaçai la malade dans la position recommandée par Killian, pour voir toute la trachée, et j'entrevis très profondément quelque chose qui obstruait la lumière trachéale, mais dont il me fut impossible de préciser les

détails. Alors je fis la trachéoscopie supérieure, que j'appelle « stomatodiale » ⁽¹⁾ (*stoma*, bouche; *odos*, voie) employant la spatule tubulaire, divisée en deux branches latérales, très recommandée par le Prof. Killian et par mon maître le Dr Eicken, et de laquelle je suis aussi très satisfait. Dans le cas présent, cette manœuvre fut un peu difficile par l'excessive longueur des dents et la gêne respiratoire. Guidé par la spatule et après une intense anesthésie locale, j'introduisis un tube de 9 millimètres. Je démontai alors la spatule et je la retirai pour qu'elle ne fût pas d'obstacle aux manœuvres. Comme anesthésique local j'eus recours à une solution de 2 grammes de stovaine, 1 de cocaïne, dans 20 centimètres cubes d'eau; je dois faire remarquer que, sans doute par l'effet constrictor de la cocaïne, la malade respirait mieux.

J'appréciai alors la présence des masses rougeâtres insérées sur les parties postérieure et latérale de la trachée, tout près de sa bifurcation : elles occupaient presque entièrement la lumière trachéale, laissant seulement un petit orifice par où l'air passait péniblement : il était étonnant qu'une si grande obstruction fût compatible avec la vie.

Mais il fallait reconnaître la nature de la lésion. J'ai déjà dit que la patiente n'avait pas d'antécédents ni héréditaires ni personnels et que sa constitution était bonne. Au poumon, on n'observait que de la respiration rude par propagation du bruit trachéal.

Le lobe de l'oreille gauche montrait une ulcération qui l'avait presque entièrement détruit : cette ulcération me fit soupçonner une affection syphilitique et j'y dirigeai l'exploration. Je trouvai des ganglions occipitaux et sous-maxillaires gros, mobiles, bilatéraux et une cicatrice récente d'aspect manifestement syphilitique (la malade l'attribuait à un phlegmon). Quelques vagues données sur des lésions ulcérées de la bouche il y a peu de mois, guéries par le chlorate de potasse, voilà les seuls faits que j'ai pu recueillir; malgré tout, je prescrivis un traitement mercuriel intensif.

Quelle conduite devons-nous suivre d'un état local tellement grave?

L'obstacle était trop bas pour pouvoir être tourné par la trachéo-

(1) A. G. TAPIA. — Deux mots pour donner une dénomination exacte à la bronchoscopie supérieure et inférieure (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., Paris, avril 1906).

tomie ; il fallait enlever l'obstacle, et je ne trouvais rien de meilleur que le procédé de Pieniazeck pour le sclérome trachéal, c'est à dire curetage et extraction au moyen de longues curettes et pinces par trachéoscopie inférieure ou « traumatodiale » (*trauma*, blessure ; *odos*, voie). N'ayant pas trouvé en vente à Madrid des curettes pour la trachée, je fus donc obligé d'en faire fabriquer. En attendant, je préparai des cathéters œsophagiens qui, dans le cas d'une extrême urgence, auraient pu être introduits dans la trachée, jusqu'à dépasser l'obstacle.

Mais rien de cela ne fut nécessaire, car le traitement mercuriel fit sentir rapidement ses bons effets : la malade commença à mieux respirer et le danger imminent disparut dans les 24 heures. Les Drs Irueste, Esteban et Durrif, qui virent la malade à son arrivée à la clinique, s'émerveillèrent comme moi de l'amélioration rapide de ce dangereux symptôme. La première séance de trachéoscopie fut très bien tolérée, mais la malade se plaignit de douleurs à la lèvre supérieure, qui, par ma distraction, avait été pincée entre le tube et les dents. Elle avait aussi les deux masséters endoloris.

Quatre jours après, la respiration était presque normale et on appréciait seulement le bruit rude trachéal dans les inspirations très amples. La lésion du lobe de l'oreille s'était visiblement améliorée. Le traitement confirma donc le diagnostic de syphilis.

Je fis une nouvelle trachéoscopie, et, au moment de faire ouvrir la bouche à la malade, la petite douleur qu'elle ressentait aux masséters s'exacerba un peu. L'aspect de la trachée s'était beaucoup modifié : les masses rougeâtres avaient diminué, et l'orifice de passage de l'air laissait voir une partie de la bifurcation, invisible la première fois.

Le jour suivant, la malade eut un peu de fièvre (38°,3) et présenta tuméfaction et forte douleur au niveau des deux masséters, plus accentuée aux points d'insertion. Elle pouvait à peine ouvrir la bouche : la peau de la région était rouge. L'intégrité de l'articulation temporo-maxillaire et des parotides était parfaite : je fis surtout attention à ces glandes pour exclure l'hypothèse d'une parotidite mercurielle qui, dans le cas de glandes aberrantes, pourrait simuler la myosite massétérienne. Avec un traitement local approprié tout disparut dans douze jours.

Cette myosite primitive est très rare et d'explication un peu difficile ; il ne faut pas l'attribuer au surmenage musculaire pendant la trachéoscopie, parce que les masséters sont relâchés dans ce moment. Serait-elle due à la rupture de quelques fibrilles mus-

culaires ? Quoi qu'il en soit, on ne doit pas oublier le terrain comme facteur primordial en sa production : la syphilis explique tout.

En conclusion, je crois que ce cas est intéressant aux points de vue suivants : c'est un exemple de plus de l'utilité de la trachéoscopie ; c'est une forme rare, par ses circonstances, de syphilis trachéale ; la prompte action du traitement est aussi remarquable ; et, finalement, la myosite massétérienne qui s'est présentée comme complication de la trachéoscopie, mérite d'être signalée par sa rareté.

TAPTAS (Constantinople). — **A propos de mon procédé sur l'opération de la sinusite frontale chronique.** — Vous connaissez tous le procédé que j'ai présenté devant le XIII^e Congrès International de Médecine en 1900, à Paris, et qui avait été déjà présenté au mois de juin 1899, devant la Société Impériale de Médecine, à Constantinople.

Il reposait sur le principe de la sûreté du drainage obtenu par l'établissement d'une large communication du sinus frontal avec le nez, communication créée par le curettement complet de la cavité malade avec destruction de toute la masse ethmoïdale, à travers une brèche faite au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Pour empêcher l'enfoncement de la peau au niveau du sinus ouvert, j'avais, alors, adopté la pratique de la conservation d'un pont osseux au milieu de la paroi antérieure et mon but était relativement atteint. Mais, plus tard, préoccupé du danger de récédive, à cause de la cavité restante, je préfèrai la destruction de toute la paroi antérieure du sinus et c'est ainsi que mon procédé figure dans les *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx de 1904*.

Dans mon procédé ainsi modifié, la fente créée par la résection de l'apophyse montante du maxillaire supérieur était en communication avec l'ouverture créée par la résection de la totalité de la paroi antérieure du frontal, ce qui permettait l'effacement de la cavité sinusale par l'enfoncement de la peau frontale dans toute l'étendue du sinus opéré.

Cette dernière manière de faire avait l'avantage d'assurer, mieux encore, une guérison prompte et radicale de la cavité malade, mais elle présentait l'inconvénient d'une déformation très visible et c'est ce que mes honorés confrères, qui se sont occupés de la question, n'ont pas manqué de relever.

A côté de mon procédé, deux autres ont été, depuis, publiés, appartenant à la même catégorie que le mien, que Sebileau a nommée catégorie des procédés mixtes, à cause de l'association, chez tous les trois, de la résection de la masse éthmoïdale à l'opération du sinus frontal.

Ces procédés sont celui de Jacques (de Nancy) et de Killian (de Freiburg).

Jacques ⁽¹⁾, comme Jansen, fait la résection totale du plancher orbitaire du sinus, et partielle de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, curette le sinus, résèque l'éthmoïde et suture la plaie externe.

Killian, dans son procédé publié en 1902 dans l'*Archiv. für laryngologie*, résèque la paroi antérieure du sinus, fait la toilette de sa cavité, enlève le plancher (paroi orbitaire), trépane l'apophyse montante et résèque les cellules éthmoïdales moyennes et antérieures ainsi que le cornet moyen, en conservant, entre les deux parois détruites du sinus, un long pont osseux revêtu de son périoste et formé du bord supérieur de l'orbite.

Le but que Killian se propose ainsi est l'effacement de la cavité frontale par l'enfoncement de la peau frontale d'en haut et l'avancement du contenu orbitaire d'en bas, sans déformation externe appréciable, grâce au pont osseux conservé.

Les choses en étaient là, lorsque Sebileau, dans sa savante critique des différents procédés devant la Société de Chirurgie de Paris, à propos des opérations de la sinusite frontale chronique ⁽²⁾, et, plus tard, dans sa communication à la Société d'Odontologie sur les opérations du sinus maxillaire ⁽³⁾, a soutenu énergiquement que l'effacement du sinus opéré n'est nullement nécessaire, la guérison dépendant de la parfaite destruction de la muqueuse malade et rien que d'elle.

Quant à moi, j'ai pu aussi me convaincre, par la suite, que l'effacement complet n'est pas la condition essentielle de la guérison, mais que la condition *sine qua non*, c'est, à côté d'un *curettage soigné*, l'établissement d'une large communication du sinus avec le nez, garantissant le drainage parfait de la cavité jusqu'au moment de la guérison des parties malades, comme je l'exposais

⁽¹⁾ *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1903, II, p. 129.

⁽²⁾ *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1904, n° 35, p. 913.

⁽³⁾ *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1905, n° 12, p. 513.

en 1899 et 1900 et comme M. Toubert, de son côté, expliquait en 1904 devant la Société Chirurgicale de Paris.

Partant donc de ces idées, j'ai, ces derniers temps, changé de nouveau de pratique et, revenant à mon plan de 1899, repris la conservation, mais sous une forme cette fois-ci plus élégante, plus en rapport avec les progrès depuis lors accomplis, d'un pont au niveau du point le plus saillant de la face antérieure du sinus malade comme temps esthétique de mon opération, sans pour cela rechercher *l'effacement total de la cavité sinusale par la destruction de la paroi supérieure de l'orbite.*

Le procédé ainsi modifié conserve la facilité d'exécution et la simplicité de mon procédé original et donne en outre un résultat esthétique parfait. Son exécution est la suivante.

Je mène une incision commençant de l'extrémité externe du sourcil et parcourant celui-ci jusqu'à la racine du nez pour finir perpendiculairement à l'extrémité inférieure de l'os nasal au côté latéral du nez, et vice versa si j'opère le sinus gauche.

Après hémostase complète, je décolle la lèvre supérieure de la plaie, en même temps que le périoste, mettant à découvert la paroi antérieure du sinus que j'ouvre vers la ligne médiane à l'aide du ciseau et du maillet, élargissant l'ouverture créée, à l'aide de la pince coupante, de manière à enlever toute la largeur de cette paroi vers l'extérieur où je descends jusqu'au rebord orbitaire même, tandis que vers l'intérieur je m'arrête au niveau de la proéminence de l'arcade sourcilière que je ménage, afin d'éviter l'enfoncement trop visible à ce point là. Alors, passant à la partie perpendiculaire de l'incision, j'en décolle la lèvre externe seule, en même temps que le périoste, et, faisant écarter légèrement sa lèvre interne aussi, je découvre l'apophyse montante du maxillaire supérieur ainsi que les sutures fronto-nasale et fronto-maxillaire. Alors avec le ciseau et le maillet d'abord, puis avec la pince coupante, je résèque une grande partie de cette apophyse, en même temps que la suture fronto-maxillaire, poussant la résection sur la partie inférieure de la paroi antérieure du sinus frontal même, ne conservant de celle-ci que la partie la plus saillante de l'arcade sourcilière dirigé de bas en haut et de dehors en dedans.

Vu les petites dimensions de ce pont, il ne risque jamais de souffrir dans sa nutrition, par conséquent, il n'y a pas lieu de conserver son périoste.

Après nettoyage radical du sinus frontal de ses fongosités et nettoyage soigné de la masse ethmoïdale formant barrière entre le sinus frontal et le nez, par la brèche créée au niveau de l'apo-

physe montante du maxillaire, je suture la peau par première intention sans aucun drainage, soit par le dehors, soit par le nez et sans application de ligatures, l'hémostase devant être assurée par la suture même. Puis j'applique un pansement compressif.

Si le sinus maxillaire est en même temps malade, je commence l'opération par lui. Je l'ouvre par la fosse canine, curette soigneusement sa muqueuse, détruisant la bulle ethmoïdale et les cellules ethmoïdales postérieures toutes les fois qu'elles sont aussi malades. Puis, après établissement de la communication large à travers le méat moyen et inférieur, tout en conservant le cornet inférieur intact, je le tamponne, provisoirement, ne faisant la suture de la fosse canine qu'après la fin de l'opération du sinus frontal, sans placer aucun drain ou mèche de gaz dans le sinus. Le traitement consécutif est des plus simples. Après quarante-six heures, je fais un léger lavage du nez et du sinus maxillaire par le méat inférieur ou moyen, si, ce sinus, étant aussi malade, a été opéré en même temps que le frontal, et je résèque à l'aide de la pince fenêtrée de Luc les quelques lambeaux du cornet moyen qui restent pendants dans le nez. Dans le sinus frontal je ne fais rien. Les fils sont enlevés le quatrième jour. Le pansement occlusif est conservé pendant une dizaine de jours. Au bout de deux semaines, le nez est presque sec.

En cas de sinusite frontale double, je fais la même opération des deux côtés sans destruction de la cloison intersinusale que je conserve en même temps qu'une bandelette de la paroi antérieure au niveau de cette cloison.

Comme vous voyez, le procédé est d'une simplicité extrême. Il ne diffère comme exécution des procédés simples que par la création d'une seconde trépanation au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, et il ne diffère de mon procédé de 1899-1900, que par le déplacement du pont de la plaque antérieure plus en bas et en dedans où la déformation s'est montrée plus visible. Il a en outre l'avantage sur les procédés Killian et Jacques d'épargner la cavité orbitaire et d'éviter la diplopie, tout en étant d'une exécution très facile.

Un point reste à discuter. La résection de la partie supéroexterne de la paroi antérieure du sinus dans sa totalité, telle que je l'ai décrite, est-elle réellement nécessaire ou non ? Selon Sebileau, elle ne le serait pas. D'après toutes les probabilités, elle ne l'est pas. Jusqu'ici nous avons exécuté cette résection pensant rendre le résultat de l'opération plus sûr, plus palpable, vu que la peau qui

s'enfonce à ce niveau diminue les dimensions du sinus vers l'extérieur, le réduisant à sa partie interne seule, qui, après destruction de la masse ethmoïdale, étant béante dans le nez, en fait plutôt partie. L'avenir démontrera ce qu'il faudra faire à ce propos aussi. Néanmoins, en réséquant cette partie externe jusqu'au rebord orbitaire même on n'a aucune défiguration tandis que, en conservant toute la saillie de l'arcade sourcilière vers l'intérieur le résultat esthétique est parfait.

J'ai opéré 2 cas de cette manière ; ce sont les suivants :

OBSERVATION I. — Homme, âgé de 38 ans. Il souffrait depuis cinq ans d'une forte suppuration du côté nasal droit, accompagnée de violents maux de tête et de vertiges. Pendant ce temps il avait suivi un traitement intranasal auprès de différents confrères de Constantinople.

Opération, le 18 février, selon le procédé ci-dessus indiqué. Les sinus maxillaire et frontal étaient remplis de pus et de fongosités. L'opération a été des plus simples. Après nettoyage de la masse ethmoïdale, on pouvait, s'aidant de la lampe frontale, inspecter le sinus sphénoïdal ouvert, tant à travers la brèche créée au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur que par le sinus maxillaire. Suture sans aucun drainage.

Suites opératoires très bonnes. La température n'a pas dépassé 37°. Premier pansement le quatrième jour, pendant lequel j'enlève aussi les fils.

A partir du troisième jour après l'opération, lavage quotidien de la cavité nasale et du sinus maxillaire droit pendant cinq à six fois. Deux semaines après l'opération, le malade quittait l'hôpital ne mouchant plus du tout.

Ici, la saillie sourcilière étant très prononcée, le pont a été constitué très haut au niveau de la paroi antérieure. Après l'opération, on ne pouvait voir aucune différence entre les deux côtés

OBSERVATION II. — Femme âgée de 45 ans. Forte suppuration du côté nasal droit avec douleurs et battements depuis plusieurs années. Elle a suivi un long traitement intranasal chez plusieurs confrères.

Diagnostic : Pansinusite droite avec énorme déviation de la cloison à droite. Opération la même que ci-haut. Sinus frontal très développé s'étendant jusqu'à l'apophyse orbitaire externe. Les sinus frontal et maxillaire, de même que toute la masse ethmoïdale, étaient remplis de pus et de végétations. Ouverture du sinus sphénoïdal. Suites opératoires excellentes. La malade quitte la clinique treize jours après l'opération.

Quant à la résection de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, elle est d'une utilité indiscutable et indiscutée pour toutes les interventions qui ont lieu sur l'ethmoïde et le sphénoïde.

En réséquant provisoirement ou définitivement l'apophyse montante du maxillaire supérieur, après incision des parties molles, de la racine du nez à l'entrée de la narine, on se crée une voie d'accès qui permet d'enlever toutes les tumeurs de l'ethmoïde et du sphénoïde.

Nous sommes, en outre, d'avis, qu'en cas de thrombo-phlébite du sinus caverneux, survenant comme complication de suppuration auriculaire, l'ouverture et le drainage du sinus thrombosé, considérés comme possible à travers le sinus sphénoïdal⁽¹⁾, se ferait mieux de cette façon plutôt qu'en passant par la fosse canine et le sinus maxillaire.

La voie par nous proposée permettrait peut-être d'ouvrir en même temps l'abcès concomitant de la veine ophtalmique en détruisant la paroi interne de l'orbite.

Dans un cas de sarcome de l'ethmoïde s'étendant à la base du crâne que nous avons ainsi opéré, nous avons obtenu par la résection large de l'apophyse montante du maxillaire, après incision des parties molles jusqu'à la narine, un tel accès vers le sphénoïde qui nous n'hésiterons nullement à y recourir en cas de thrombo-phlébite du sinus caverneux aussi.

F. L. PUIG (Barcelone). — Le très habile spécialiste de Berlin, Jansen, emploie le même procédé ou du moins un procédé très semblable à celui que préconise Taptas, dans les cas de sinusite frontale chronique : la même incision, la conservation d'un pont osseux, l'ample communication des cavités frontale, ethmoïdale, sphénoïdale (si c'est nécessaire). Mais Jansen fait plus encore quand il s'agit d'un sinus large, afin de faciliter le nettoyage et le curetage du sinus : Il saisit avec une ou deux fortes pinces la paroi antérieure du sinus, prenant entre les branches de l'instrument toute l'épaisseur de la paroi : os, muscle et peau, en ayant soin de mettre entre la peau et les pinces une couche épaisse de coton pour éviter de meurtrir les parties molles. Il soulève ensuite avec force une partie de la paroi, mais sans la séparer complètement du reste. De cette façon, l'ouverture est grande et l'on peut facilement aborder l'intérieur de la cavité.

Les cas de nécrose à la suite de cette opération sont d'ailleurs très rares.

(1) LUC. — *Annales des maladies du nez, de l'oreille et du larynx*, 1905, n° 6.

SAINT-CLAIR THOMSON (Londres). — Il faut se rappeler que ces opérations sont dangereuses et qu'elles ne remplissent pas toujours le but qu'on se propose.

PUIG. — Je ne partage pas du tout l'opinion de Saint-Clair Thomson et je considère les opérations de ce genre comme généralement indispensables et, quand elles sont appliquées suivant les règles, comme étant sans aucune gravité.

GROSSMANN (Vienne). — A mon avis, l'opération de Taptas constitue un progrès réel dans la cure des sinusites frontales suppurées.

TAPTAS. — Je n'ai jamais vu publié nulle part le procédé de Jansen, dont parle Puig. Car je dirai que cette opération appartient à un autre groupe de procédés que le mien, savoir au groupe des « procédés autoplastiques avec conservation d'une plaque osseuse temporairement réséquée ».

A Saint-Clair Thomson, je répondrai que, de la manière dont j'exécute mon opération, celle-ci apparaît très simple. Elle donne d'ailleurs un jour excellent : avec une lampe frontale, on peut scruter tous les coins du sinus et même le sinus sphénoïdal. Je puis dire qu'à la fin de l'opération il ne reste pas une seule cellule non ouverte du côté de la face opérée. Il va de soi, pour répondre à une autre objection de Saint-Clair Thomson, que je n'applique mon procédé et qu'on ne doit appliquer les procédés analogues qu'aux cas de sinusite chronique.

Je suis très encouragé par l'opinion du Prof. Grossmann et je puis lui certifier que l'exécution de mon procédé est des plus simples et que les résultats esthétiques qu'il donne sont meilleurs que ceux de tout autre procédé, grâce à la conservation de toute la saillie de l'arcade sourcilière.

Séance du 24 avril.

RAPPORT

SUAREZ DE MENDOZA (de Paris) rapporteur. — **Diagnostic différentiel des lésions tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses du larynx.** — L'auteur fait ressortir l'importance considérable, tant au point de vue des intérêts sociaux qu'au point de vue du traitement à instituer, du diagnostic précis, précoce et différentiel

des laryngopathies tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses, ces « écueils douloureux » de la pratique médicale qui sont, suivant l'expression de Moritz Schmidt, des fléaux non seulement pour les malades qui en sont atteints, mais aussi pour les médecins consciencieux qui sont obligés de les traiter.

Le diagnostic différentiel de ces affections ayant pour base la connaissance des symptômes fonctionnels et signes objectifs qui caractérisent chacune d'elles, l'auteur en fait une étude succincte quoique aussi complète que possible.

Le travail de l'auteur se trouve ainsi être divisé naturellement en quatre parties.

Dans les trois premiers chapitres il groupe successivement les symptômes fonctionnels et les signes physiques de la tuberculose, de la syphilis et du cancer du larynx, en les synthétisant et en les analysant à la lumière des récents travaux et de son expérience personnelle. Dans le quatrième chapitre il essaie d'établir le diagnostic différentiel de ces affections, sans avoir cependant la prétention, dit-il, de résoudre complètement ce problème si ardu et si complexe.

Après avoir résumé dans un tableau synoptique, des plus complets, tous les symptômes subjectifs et objectifs qui peuvent servir à différencier les lésions tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses du larynx, il rapporte un certain nombre d'erreurs de diagnostic commises par des laryngologistes des plus éminents, erreurs qui prouvent que le diagnostic en apparence le plus précis peut être sujet à caution.

« Ces erreurs, dit l'auteur, doivent consoler les jeunes praticiens qui se désespèrent devant un cas difficile en maudissant leur apparente ignorance et montrer aux autres, à ceux qui, ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas, ne doutent jamais, n'ont jamais d'ombre d'hésitation, qu'il serait prudent d'opposer souvent à leur ardeur juvénile le *festina lente* des sages de l'antiquité. »

L'auteur résume son travail par les conclusions suivantes :

1° Il est essentiel de faire le diagnostic différentiel des lésions tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses du larynx de bonne heure, mais c'est justement au début de ces affections que le diagnostic présente de très grandes difficultés.

2° Les symptômes fonctionnels qu'on peut observer au début de ces affections sont communs à la plupart des laryngites aiguës et chroniques et, partant, complètement insuffisants pour établir le diagnostic.

3° Les signes physiques à la période initiale sont extrêmement variables d'un malade à l'autre, obscurs, incertains, et, dans la plupart des cas, seule la marche ultérieure des lésions peut trancher le diagnostic.

4° En ce qui concerne particulièrement la tuberculose laryngée à forme catarrhale, les lésions pulmonaires ne peuvent servir que comme signe de présomption. Même la constatation des bacilles dans les sécrétions ne doit pas être considérée comme un signe d'évidence.

5° Si, à la période d'état, le diagnostic différentiel des laryngopathies tuberculeuse, syphilitique et cancéreuse est, dans beaucoup de cas, relativement facile, dans d'autres, la nature exacte de la lésion peut échapper pendant un certain temps au praticien le plus perspicace.

6° Les cas offrant en effet les caractères classiques qu'on attribue dans les livres aux lésions tuberculeuses syphilitiques et cancéreuses sont loin d'être fréquents.

7° Il peut aussi arriver qu'on ne trouve ni dans les données de l'anamnèse, ni dans l'état actuel, aucun signe pouvant corroborer l'hypothèse qu'on serait tenté d'admettre en se basant sur le résultat de l'examen laryngoscopique.

8° Le diagnostic différentiel peut devenir particulièrement embarrassant et difficile lorsque deux de ces affections se superposent.

9° Seuls l'examen microscopique pour la tuberculose et le cancer et le traitement antisyphilitique pour la syphilis permettront de poser le diagnostic avec une quasi-certitude.

Il faudra cependant avoir toujours en vue :

10° En ce qui concerne l'examen bactériologique, qu'il résulte des recherches de Botey communiquées en 1884 au Congrès international de Laryngologie, que la présence des bacilles de Koch dans les crachats n'implique pas nécessairement la tuberculose du larynx et que leur absence ne veut pas dire que la tuberculose n'existe pas.

11° En ce qui concerne le traitement antisyphilitique, que la médication iodurée peut souvent produire dans le cancer une amélioration temporaire et masquer ainsi pendant un certain temps la nature des lésions.

12° En ce qui concerne l'examen histologique, qu'on ne peut en tirer des conclusions certaines que lorsqu'il est positif.

13° Que le résultat négatif de l'examen ne peut pas trancher le diagnostic, car la parcelle de la tumeur enlevée peut ne pas provenir de la profondeur du néoplasme.

14° Qu'en résumé, malgré tous les moyens dont la science dispose aujourd'hui pour nous aider dans le diagnostic de ces laryngopathies redoutables, l'évolution de la maladie vient souvent démentir nos affirmations précipitées, basées sur des données pseudo-classiques et que le sens clinique, le flair du praticien peuvent nous servir plus que toute autre chose à dégager de l'ensemble symptomatologique devant lequel nous nous trouvons la véritable nature de la lésion.

SOUSA-VALLADARÈS (Lisbonne). — Je regrette vivement que Lastra, rapporteur, ne soit pas ici aux côtés de Suarez de Mendoza, car il est toujours désagréable de faire une critique d'un rapport en l'absence de l'auteur de ce rapport. Aussi dirai-je à peine quelques mots sur le sujet.

En ce qui concerne d'abord le carcinome du larynx, son diagnostic n'est, la plupart du temps, pas difficile, si l'on tient compte de l'âge du malade, de son sexe et de l'immobilité de l'une des cordes vocales. En effet, le cancer est très rare avant 40 ans et tout à fait exceptionnel chez la femme. Si donc, chez un homme ayant dépassé la quarantaine, on constate l'existence d'une saillie rouge, sessile, sur une des cordes vocales, saillie s'accompagnant de l'immobilisation — par obstacle mécanique — de cette même corde vocale, saillie ne disparaissant pas par le traitement spécifique, il faudra immédiatement songer au cancer.

Pour ce qui regarde la tuberculose, il est de toute nécessité d'interroger l'état général, car la tuberculose laryngée primitive, quoiqu'on en dise, est très rare.

Enfin, quant à la syphilis, nous possédons une pierre de touche à laquelle il nous faudra toujours recourir quand nous nous trouverons en face de lésions peu caractéristiques : le traitement mercuriel associé au traitement ioduré accompliront parfois de véritables résurrections.

M. GROSSMANN (Vienne). — Je ne voudrais pas aborder d'une façon détaillée le chapitre du diagnostic différentiel de la syphilis, de la tuberculose et de la carcinose laryngées, et je me contenterai de faire remarquer que le diagnostic de l'une ou l'autre de ces affections ne nous laissera qu'exceptionnellement dans le doute.

La tuberculose du larynx est tellement caractéristique, notamment avec son infiltration de tubercules miliaires, que chacun pourra le reconnaître au premier coup d'œil. Le diagnostic sera parfois un peu plus difficile entre la syphilis et le cancer du larynx. A ce propos, je voudrais attirer l'attention sur un symp-

tôme que j'ai déjà cherché à mettre en lumière, il y a déjà de nombreuses années, à l'occasion de nos premières publications sur le « *lupus du larynx* ». Contrairement à ce qu'on observe dans le *lupus* et dans la syphilis, on constate dans le cancer du larynx l'existence d'une paralysie précoce de la corde vocale, paralysie qui se manifeste alors qu'il n'existe encore que des altérations anatomiques insignifiantes de cet organe. Jamais les ulcérations syphilitiques ou lupiques du larynx n'entraînent une telle paralysie totale de la corde vocale affectée ; cette paralysie ne se produit dans la syphilis que lorsqu'il existe en même temps une périchondrite syphilitique. Dans ce dernier cas, où l'immobilité de la corde vocale est le fait non d'une paralysie, mais d'un obstacle mécanique, il existe, d'ailleurs, d'autres symptômes différentiels tellement caractéristiques (gonflement œdémateux étendu dans la syphilis, surface inégalement bosselée dans le cancer) qu'il n'est, pour ainsi dire, pas possible de commettre une erreur de diagnostic.

F. KUHN (Kassel). — **L'intubation « pérorale » dans les opérations sur le nez et sur la gorge.** — Je voudrais, en quelques mots, attirer votre attention sur les avantages que présente l'emploi de mon appareil à intubation pérorale du larynx dans toutes les opérations qui se pratiquent sur le nez et sur la gorge. Ces avantages sont, en résumé, les suivants :

1° Facilité de l'anesthésie qui se fait avec l'appareil, les vapeurs anesthésiques étant dirigées directement sur le larynx ;

2° Faculté de pouvoir aborder directement par la bouche et d'extirper avec le minimum de dégâts des tumeurs du pharynx qu'il faudrait, sans l'emploi de cet appareil, aborder par d'autres voies et en causant des délabrements plus ou moins étendus ;

3° Possibilité d'éviter la trachéotomie préventive ou la ligature préventive des carotides, en raison de la garantie absolue qu'offre l'appareil contre la pénétration de sang dans l'arbre respiratoire au cours de l'opération ;

4° Possibilité d'éviter que les matières vomies pendant l'anesthésie soient aspirées dans le larynx et ainsi de prévenir les pneumonies par aspiration ;

5° Bref, sécurité dans le fonctionnement et simplicité dans l'application de l'appareil que je vous présente ici.

SAINT-CLAIR THOMSON (Londres). — Sans être partisan du tubage préventif du larynx, je pense cependant qu'on peut mieux faire avec une laryngotomie préventive et une éponge dans le larynx.

M. GROSSMANN (Vienne). — **Corrélation fonctionnelle des muscles du larynx.** — Les préparations microscopiques et les photographies que je vous présente et que j'ai obtenues au cours de mes recherches sur des lapins, des chats et des chiens, montrent que, lorsqu'on provoque la paralysie des muscles innervés par le nerf laryngé inférieur on voit survenir dans les muscles innervés par le nerf laryngé supérieur, les symptômes de ce que j'ai appelé l'*atrophie par inactivité* ; réciproquement, cette atrophie par inactivité s'observe dans des muscles innervés par le nerf laryngé inférieur quand on provoque expérimentalement la paralysie des muscles dépendant du nerf laryngé supérieur.

Cette « atrophie par inactivité alternante » est un phénomène qui se produit constamment dans les cas de paralysie partielle, c'est-à-dire de l'un ou de l'autre nerf du larynx. Elle corrobore certains faits cliniques déjà observés chez l'homme, chez qui, dans certains cas de paralysie du récurrent, on a constaté également une atrophie du muscle crico-thyroïdien du même côté, phénomène que jusqu'ici on avait attribué par erreur à une distribution particulière de l'innervation laryngée chez certains individus.

Séance du 24 avril.

COMMUNICATION

QUEVEDO Y ZUBIETA (Mexico). — **D'une méthode efficace de traitement des sinusites maxillaires suppurées, compliquées de fistules.** — Les échecs dans le traitement opératoire des fistules du sinus maxillaire proviennent de ce que l'on veut réunir les bords avivés de la fistule avant de bien désinfecter l'antre d'Highmore et d'en prévenir la réinfection.

Pour satisfaire ce double but, j'ai adopté une méthode dont je vais résumer les points principaux.

Supposons le cas d'une fistule cutanée, c'est-à-dire de la face.

1° J'incise les parties molles au niveau de la fistule. Cette incision, de même que l'agrandissement au ciseau de la fistule osseuse, doit permettre le passage d'une petite curette et d'un perforateur.

2° Curettage des parois du sinus. Lavage antiseptique. Par la brèche pratiquée, je fais deux perforations de la paroi nasale de

l'antre, chacune au niveau du plancher et près de l'angle sinusal antérieur et postérieur respectivement. Ces perforations correspondent du côté de la fosse nasale au méat inférieur sous la tête et la queue du cornet.

3^e Pendant une semaine, quinze jours, trois semaines, on pratique des lavages antiseptiques répétés, à forte pression, de la cavité. Le jet de lavage entre et sort alternativement par l'orifice de la joue et par les orifices nasaux.

4^e Quand, au bout de ce temps variable, on constate que la suppuration a cessé dans l'antre, on suture les bords de l'incision cutanée qui correspondent à l'ancienne fistule.

Après occlusion, on continue de laver l'antre par la fosse nasale. Le jet d'eau antiseptique à forte pression pénètre par l'orifice nasal de l'antre et sort par l'orifice postérieur.

La réunion des bords de la fistule se fait à l'abri de l'asepsie cavitaires.

Séance du 25 avril.

COMMUNICATIONS

CALDEIRA CABRAL (La Tocine). — Un cas de végétations adénoïdes suivies, après leur ablation, de l'apparition sur place d'un myxo-sarcome végétant.

H. FREY (Vienne). — Le fait qui vient de nous être communiqué est très intéressant : c'est une complication encore peu connue de l'adénoïdectomie. Nous savions déjà que, dans un certain nombre de cas, les végétations adénoïdes contenaient du bacille de Koch ; il est non moins important d'apprendre qu'elles peuvent être le point de départ de tumeurs malignes.

SAUTANNA LEITE (Lisbonne). — Je pense que la tumeur que notre collègue avait premièrement diagnostiquée « végétations adénoïdes » était déjà du myxo-sarcome ; seulement, comme sa forme et son point d'implantation étaient ceux des végétations banales, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il ait pris ce néoplasme malin pour des végétations banales.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris). — Sur la cure radicale de l'obstruc-

tion nasale. — A mon avis, les procédés compliqués, longs et laborieux imaginés pour la cure radicale de l'obstruction nasale peuvent être remplacés très avantageusement par l'emploi de la scie tubulaire mue par le tour de White, par un moteur électrique ou plus simplement par un appareil Bercut.

En procédant suivant la technique que nous avons adoptée, la cure radicale de l'obstruction nasale peut être pratiquée en quinze ou vingt secondes et ne nécessite pas l'emploi de l'anesthésie générale.

SANTANNA LEITE (Lisbonne). — 30 cas d'intervention chirurgicale sur l'apophyse mastoïde. — La statistique que nous avons l'honneur de présenter au congrès et qui est l'objet de cette communication, n'est pas très grande comme d'autres qui ont été publiées par d'illustres collègues étrangers tels que, Jansen, Schwartz, Moure, Stacke, etc., etc.; mais elle est composée d'un nombre suffisant de cas pour remplir le but proposé.

Si quelques statistiques permettent des conclusions erronées qui ne sont pas en harmonie avec la vérité, on ne pourra pas accuser celle-ci d'un égal défaut.

Elle comprend trente interventions chirurgicales sur l'apophyse mastoïde.

De ces cas, les uns proviennent de la consultation otologique de l'hôpital Saint-Joseph de Lisbonne, d'autres de ma clientèle privée. Dans l'un et l'autre cas, les procédés opératoires et les soins ont été absolument identiques.

Les conditions dans lesquelles il y a lieu d'intervenir sur une apophyse mastoïde sont très différentes, mais ici nous ne nous occupons que des cas chroniques, c'est-à-dire des otorrhées plus ou moins anciennes, douloureuses ou non, avec ou sans fétidité et contre lesquelles ont échoué les traitements médicaux tels que lavages, pansements secs, etc., etc., et même l'ablation des osselets. En présence d'un cas de cette nature, l'opération radicale est indiquée et, sous cette désignation si positive, s'entend la réduction de l'oreille moyenne et de ses annexes pneumatiques en une seule cavité ample et large; c'est-à-dire, on supprime l'oreille moyenne en la rendant externe. C'est ce procédé que nous avons employé dans les cas que nous présentons et, si dans nos premières opérations nous avons cherché à obtenir la cutanisation par autoplastie, par la suite nous ne l'avons pas fait et nous avons suturé l'incision rétro-auriculaire, premier temps de l'opération, faisant les pansements consécutifs par le conduit auditif externe.

Ce procédé a de tels avantages qu'il s'impose parce que non seulement il abrège le nombre des pansements, comme il évite au malade une difformité qui, si elle est indifférente à quelques-uns, ne l'est pas au plus grand nombre. Sur les 30 cas, dix-huit fois il s'agissait de l'oreille gauche et douze fois de l'oreille droite, vingt-deux des malades étaient des hommes et huit des femmes.

Le plus grand nombre des opérés avaient de dix à vingt, le nombre des cas décroissant avec l'âge.

L'étiologie des suppurations auriculaires dans laquelle figure l'influenza par sa répercussion sur la muqueuse des voies aériennes ainsi que quelques fièvres éruptives, surtout la rougeole et la scarlatine, compte aussi des angines.

Nos 30 cas se décomposent de la façon suivante :

Dix-huit écoulements simples dans lesquels l'intervention a démontré que la suppuration provenait soit des cellules mastoïdiennes, de l'antre, de la caisse ou du canal tympano-mastoïdien.

Tous ont guéri dans un espace de temps relativement court et, plus de la moitié entre un mois et demi et deux mois et demi.

Parmi les 18 cas, il en est un sur lequel je dois appeler l'attention : la mastoïde présentait deux fistules. Il y avait plusieurs années que le malade en souffrait. L'intervention a été large et profonde. Le sinus latéral a été bien vu et nous avons cheminé vers lui, le tissu malade conduisant notre main. Mais, ce sinus qui était bien à sa place n'était pas perméable, il était oblitéré, le sang n'y circulait plus. Il y avait naturellement eu une phlébite qui, déterminant la formation d'un caillot oblitérant, avait sauvé le malade d'une mort certaine.

Le complexe symptomatique avait été en rapport avec l'explication que je donne. Sur ces cas compliqués :

Trois par cholestéatome ; l'un petit, logé dans l'antre, l'autre occupant l'antre et une cavité formée dans les cellules et le troisième emplissant l'oreille moyenne et ses annexes pneumatiques.

Les malades chez lesquels le facial était paralysé, conservèrent leur paralysie mais dans aucune des interventions, même chez ceux gravement compliqués où il faut aller profondément et largement, nous n'avons eu le regret de léser le facial ce qui, du reste, ne nous semble pas difficile à éviter, car le canal demi-circulaire externe constitue la boussole qui indique le nord dans ce dangereux océan. Nous avons maintenant 6 cas de phlébite du sinus latéral : 3 ont guéri et 3 sont morts.

En les examinant avec beaucoup d'attention on voit que sur les 3 premiers la paroi du sinus commençait à être mortifiée par le

pus qui la baignait. L'intervention a été faite assez à temps pour éviter que la mortification de la paroi du sinus fût complète. La cause enlevée, les portions mortifiées de la paroi s'éliminèrent peu à peu et furent remplacées par du tissu sain.

L'infection qui existait déjà s'est éteinte par l'élimination des toxines, la température tombant et l'état général se relevant rapidement.

Les dernières phlébites étaient septiques, la paroi du sinus déchirée et l'infection générale si intense que l'organisme ne put résister.

Dans un de ces cas il y avait méningite généralisée, compliquant l'action de la phlébite.

Nous pourrions expliquer pourquoi nous ne pratiquâmes pas la ligature de la jugulaire interne, mais ceci nous ferait sortir du cadre de ce travail.

Vient ensuite un abcès intra-dural avec plus d'une cuillère à soupe de pus.

La malade a guéri.

Dans ce cas comme dans ceux des phlébites nous ne pratiquâmes pas la suture immédiate et fîmes le drainage comme il est de règle dans les complications graves. Un abcès extra-dural dont nous ignorons le résultat, le malade ayant cessé de fréquenter la consultation vingt-cinq jours après l'opération. Et une méningite qui a causé la mort. Ce fut l'oreille droite la cause de l'infection des méninges. Une paracentèse faite trois jours après l'opération de l'oreille gauche avait donné issu à une grande quantité de pus. La ponction lombaire ne donna aucun renseignement.

En résumé nous avons :

Otorrhées simples	18 guérisons
Otorrhées compliquées par :	
Cholestéatomes.	3 guérisons
Phlébites	3 guérisons
Phlébites septiques.	2 morts
Phlébites septiques avec méningite . .	1 mort
Abscès intra-dural	1 guérison
Abscès extra-dural	1 résultat inconnu
Méningite	1 mort.

Les dix-huit otorrhées que nous avons opérées à froid ou réchauffées furent suivies du meilleur résultat, la guérison ayant été complète. Sur les otorrhées compliquées, quatre décès. Mais,

dans aucun des cas, le dénouement fatal ne peut être attribué à l'opération, mais bien au degré élevé des complications existantes et que la chirurgie était impuissante à dominer.

CONCLUSIONS

1° La présence du pus dans l'oreille moyenne et ses annexes détermine des complications intra-crâniennes d'une telle gravité qu'elles causent la mort.

2° L'opération radicale est innocente, exempte de dangers, et parvient à guérir les otorrhées non compliquées et même quand elles le sont, pourvu que le degré de la complication ne soit pas trop élevé.

ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE (1)

Séance du 12 février 1906.

RUEDA. — Utilisation de la voie endo-nasale comme voie opératoire des fibromes naso-pharyngiens. — L'auteur emploie depuis 1899, et avec un excellent résultat, un procédé original qu'il a récemment utilisé chez un homme porteur d'un polype naso-pharygien inséré sur le bord supéro-externe de la choanne droite. Chez ce malade par suite d'une forte déviation du septum, les manœuvres intra-nasales étaient plus que difficiles et il était notamment impossible en suivant le plancher de la fosse nasale d'arriver jusqu'au pharynx nasal et d'y faire pénétrer l'anse d'un serre-nœud. Rueda employa donc son procédé, qui consiste à introduire par chaque fosse nasale une sonde urétrale en gomme, et à retirer à l'aide d'une pince, les deux extrémités pharyngées par la bouche. On noue à ces extrémités une troisième sonde urétrale, celle-ci très fine. On a ainsi formé une anse. En retirant les deux sondes, l'anse va en se rétrécissant et vient se placer derrière la luette d'où on la pousse à l'aide d'un stylet construit à cet effet jusqu'à la voûte pharyngienne. L'anse se place alors derrière le polype. Mais les deux extrémités de cette anse se dirigent chacun vers sa fosse nasale, et il est indispensable qu'ils passent tous les

(1) Comptes rendus du Dr Irueste Germans. Traduction Mossé.

deux par la même fosse nasale, qui est celle où l'on passera pour faire l'ablation du polype. Pour arriver à ce résultat il suffit au moment où l'on forme l'anse dans la bouche d'y adapter un fil de soie, en ayant soin de calculer le point d'attache de façon à ce qu'au moment où l'anse s'appliquera derrière le polype, le nœud reste sur un des côtés. On pourra par la traction de ce fil, amener l'extrémité d'une fosse nasale, dans la fosse nasale opposée. Cette anse étant ainsi formée il ne reste qu'à y substituer une anse de platine qu'on adapte au manche universel de galvano-cautère.

Ce procédé est, ajoute Rueda, d'une incontestable utilité pour les polypes insérés sur le bord choanal, et pour les polypes de petites dimensions sur lesquels s'exerce difficilement le contrôle de la vue et du toucher en cours d'opération.

BOTELLA. — Ce procédé paraît ingénieux et peut en effet être utile en bien des cas.

TAPIA estime au contraire que ce procédé loin de faciliter les manœuvres, les rend plus pénibles. Les procédés déjà connus suffisent pour pratiquer l'ablation des polypes naso-pharyngiens, quelque position qu'ils occupent.

Séance du 5 mars 1906.

GONZALEZ DEL CAMPO. — **Aérophagie inconsciente.** — Sous ce titre l'auteur présente un individu de 23 ans, neurasthénique depuis 14 mois et sujet à des éructations involontaires, sériees et fort bruyantes. Ces éructations se produisent tantôt spontanément, tantôt par la pression de zones déterminées, et spécialement la zone supra-mammaire gauche. En auscultant ce malade à gauche du xyphoïde, on entend le bruit de l'air qui franchit le cardia, et quelques secondes plus tard la sortie de l'air par le même orifice. Il est donc nécessaire qu'il y ait eu d'abord déglutition de l'air — ou aérophagie — pour qu'il puisse y avoir éructation, et la preuve que la chose se passe bien ainsi, c'est que si on a soin de faire ouvrir la bouche au patient, il ne peut y avoir d'éructation, la déglutition étant impossible.

L'auteur expose sa conception étiologique et pathogénique de cette affection, et il admet la nécessité d'un état névropathique prédisposant. Il ajoute que cette affection est favorisée par une prédisposition organo-fonctionnelle, telle que le relâchement du

cardia. Il termine en conseillant l'ouverture de la bouche pour éviter l'éruption et un traitement général pour la névrose.

YAGUE estime que les cas d'aérophagie sont beaucoup plus rares, que le prétendent les auteurs. Dans sa longue pratique, il n'a vu que 3 cas authentiques d'aérophagie. Il distingue la véritable aérophagie inconsciente, et par suite incapable de disparaître sous l'empire de la volonté ou l'effet de la suggestion, aérophagie qui se produit même la bouche ouverte, et la pseudo-aérophagie, qu'on observe chez les gastropathes, aérophagie qui est toujours volontaire, consciente et que les malades produisent en croyant expulser des gaz de l'estomac, et sans se rendre compte que ce qu'ils chassent n'est autre chose que de l'air qu'ils ont avalé.

TAPIA expose ce qu'il a observé dans un cas d'aérophagie que lui avait envoyé Yaguë, et dans lequel il pratiqua l'œsophagoscopie. A mesure que le tube pénétrait on voyait les parois de l'œsophage, tantôt intimement adaptées et tantôt (le malade faisant une large inspiration) les parois se déplier et s'écarter brusquement. Une bouffée d'air pénétrait dans l'œsophage pour être expulsée quelques secondes après. Pendant l'opération la malade, bien qu'elle eût un bouchon entre les dents pratiquait l'aérophagie et l'éruption. Celle-ci guérit d'ailleurs par suggestion après quelques séances d'œsophagoscopie.

Séance du 26 mars.

JIMENEZ. — **2 cas de papillome laryngé chez l'enfant.** — Sous ce titre l'auteur rapporte l'observation d'un petit garçon de sept ans et celle d'une fillette de 3 ans. Ces deux petits malades furent présentés à son examen, aphones et respirant fort mal. L'examen laryngoscopique révéla la présence dans l'un et l'autre cas d'une masse papillomateuse, implantée sur l'angle antérieur des cordes vocales. Dans les 2 cas, il ne restait plus qu'un espace fort limité pour le passage de l'air. En deux séances, dans le 1^{er} cas, et en quatre dans le 2^e cas, Jimenez put enlever presque toute la masse par voie endolaryngée.

L'auteur estime que malgré la lutte qu'il faut soutenir pour vaincre l'indocilité des enfants, il faut toujours tenter de faire l'extirpation par voie endo-laryngée et ne recourir à la thyro-

mie que lorsque la première tentative a complètement échoué. Quant aux récidives, elles ne sont pas moins fréquentes avec le second procédé qu'avec le premier.

GEREDA. — La laryngoscopie directe facilite l'extraction des papillomes chez les enfants.

Séance du 2 avril.

LAUDET. — 2 cas de staphylorrhaphie. — L'auteur dans les 2 cas a suivi le procédé de Brofy, procédé qui consiste : 1° à aviver les bords de la plaie ; 2° à placer les points de contact avec un fil de soie qui servira de conducteur au fil d'argent ; 3° à placer les disques de plomb perforés, à travers lesquels on passe les fils métalliques ; avec une pince à torsion on rapproche à la fois les points et les bords de la fissure ; 4° suture de coaptation au fil d'argent.

Laudete compare ce procédé à ceux qui nécessitent des incisions latérales, et il en déduit que tout l'avantage appartient au procédé dont il vient de rappeler la technique. C'est grâce à celui-ci que les 2 cas qu'il vient d'opérer ont guéri. Chez les deux malades la déglutition est normale, mais la phonation réclame une rééducation orthophonique pour certaines syllabes.

La statistique de Brofy, comprend 570 cas, dont 201 chez des enfants de moins de 5 mois. Les résultats ont été constamment favorables.

GOYANES pense que lorsque les deux moitiés du voile du palais sont atrophiées, les deux incisions latérales sont indispensables, parce qu'elles seules donnent l'étoffe nécessaire. Pour éviter la déchirure des points, on peut pratiquer la ténatomie à la mode de Fergusson. La difficulté de phonation observée chez les opérés est due à la tension du voile.

LAUDET. — Le sixième des échecs de la staphylorrhaphie est dû aux accidents septiques qu'entraînent les incisions latérales. En outre, ces incisions produisent des troubles auditifs par suite de la section du péristaphilin externe, dilatateur de la trompe ; des hémorragies post-opératoires provenant des artères palatines postérieures : la rigidité du voile par la présence de trois cicatrices linéaires d'où troubles phonatoires. Quant à la ténatomie à la Fergusson l'auteur la repousse, comme complètement inefficace.

LAUDETTE. — Kyste radiculo-dentaire. — Le kyste dont il est question était invaginé dans l'antre d'Higmore dont il remplissait complètement la cavité, et dépendait de la racine de l'incisive latérale supérieure gauche. A l'extraction de cette racine, on constata l'issue d'un exsudat sombre mêlé à des lamelles brillantes.

En suivant la conduite recommandée par Pacques, en opérant, par la voie bucco-nasale, on a l'avantage de ne pas laisser de cavités ouvertes sur la bouche. Mais en faisant la résection de la paroi externe seule, on forme une cavité qui se ferme lentement et pour l'obturation de laquelle l'opéré est obligé d'avoir recours à un appareil prothétique. Laudette eût donc recours à l'opération de Luc, avec laquelle la guérison s'obtint rapidement.

RUEDA. — Cite le cas d'une malade à laquelle il fit la résection de la paroi antérieure d'un kyste dentaire du maxillaire supérieur. Dans la cavité de ce kyste il trouve deux dents, une sur le plancher et l'autre sur la voûte de l'antre.

STERLING. — Lorsque les kystes sont invaginés dans le sinus maxillaire, la résection de la paroi antérieure du sinus suffit. C'est plus simple et moins périlleux que le Calwell-Luc.

LAUDETTE. — Lorsque, comme dans le cas de Rueda il s'agit de kystes folliculaires développés avec le germe dentaire la résection de la paroi antérieure du kyste suffit. Mais si le malade est porteur d'un kyste radicaire de l'antre, il faut avoir recours à l'opération de Luc.

Séance du 16 avril.

TAPIA. — Un cas d'acrobatie linguale. — Tapia présente sous ce titre, un étudiant en médecine qui avec sa langue exécute les mouvements suivants :

Il obture à volonté l'une ou l'autre de ses choanes, et pour en faire la démonstration, il fume et renvoie la fumée par la fosse nasale qu'il laisse ouverte.

Il introduit la langue dans ses fosses nasales à travers les choannes ; ce que l'on peut contrôler par la rhinoscopie antérieure, et avec l'aide de l'adrénaline, cet admirable spéculum chimique, on voit la pointe de la langue pénétrer dans la fosse nasale.

Toujours avec sa langue, cet étudiant explore son amygdale pharyngée, il analyse les détails anatomiques de son cavum : il touche le bord postérieur du septum, la queue des cornets, et l'orifice pharyngé de ses trompes ; il nettoie également tout le pharynx de ses mucosités.

L'explication de cette habileté extraordinaire est une absence complète du frein de la langue, et surtout le relâchement exagéré de l'aponévrose du voile. Dans la littérature médicale, Tapia a trouvé 8 cas analogues à celui qu'il vient de présenter.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

SÉANCE DU 1^{er} JUIN 1906.

Président : D^r GELLÉ.

Paul LAURENS. — **Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas de labyrinthite suppurée.** — L'auteur a suivi chez une malade, pendant la vie, les symptômes d'une labyrinthite suppurée caractérisée par de l'ostéite du canal semi-circulaire horizontal et de l'infiltration leucocytaire dans les espaces péri et endo-lymphatiques et vérifié, par un examen histologique, après la mort, les lésions correspondantes.

Il en tire les conclusions suivantes :

1^o Physiologiquement, la destruction du canal semi-circulaire horizontal membraneux s'accompagne du nystagmus horizontal quand le regard se porte du côté sain, ainsi que de vertiges avec chute de côté malade et rotation des objets sur un plan horizontal ;

2^o Au point de vue clinique, il est d'importance capitale de tenir compte des variations du nystagmus (Brieger) et de la diminution de la perception osseuse (Lermoyez) ;

3^o Cette observation complète, ayant la valeur d'une véritable expérience, fait entrevoir la pathogénie de la labyrinthite suppurée et la voie d'envahissement du labyrinthe, puis des méninges.

Présentations de malades.

1° BOULAY. — Jeune fille de 17 ans, coxalgique guérie, atteinte d'otorrhée ancienne et chez laquelle, au cours d'un traitement consistant en curetage prudent des granulations et en attouchements avec des perles de nitrate d'argent, est apparue une paralysie faciale dont Boulay n'a pu trouver l'origine en faisant l'évidement péto-mastoïdien.

L'auteur se demande si, au cours de la radicale, il aurait dû ouvrir le canal du facial, s'il doit le faire maintenant, s'il doit avoir recours au traitement par l'électricité, ou s'il doit faire l'anastomose du facial avec le spinal ou l'hypoglosse.

FURET déclare incidemment préférer, malgré ses difficultés, l'anastomose hypoglosso-faciale à la spino-faciale.

2° HECKEL. — Malade atteint d'hémorrhagie amygdalienne grave au cours d'un morcellement.

G. GELLÉ cite un cas — et il y en a beaucoup de semblables — où les hémorrhagies amygdaliennes surviennent quelle que soit la prudence et quels que soient les instruments employés.

3° KENIG. — a) Homme de 50 ans, avec dysphonie sans lésions tuberculeuses ou autres, chez lequel les cordes, oedémateuses et flasques, étaient aspirées pendant l'inspiration au point de sembler être les bandes ventriculaires. Un traitement simple — repos de la voix, attouchements au nitrate d'argent à 40 % — apporta une très notable amélioration.

b) Femme de 40 ans, atteinte d'abcès froid de la fausse corde gauche. Guérison par ponction et cautérisation à l'acide lactique.

4° LUBET-BARBON. — Malade opéré récemment, avec les pinces de l'auteur, d'un volumineux polype naso-pharyngien.

LUC a obtenu, chez un jeune homme de 15 ans, la destruction d'un polype naso-pharyngien en une vingtaine de séances d'électrolyse (courant de 30 à 50 milliampères).

Georges LAURENS pense que, dans les cas simples où le polype n'a que des pédicules limités, l'arrachement à l'aide de la pince de Lubet-Barbon fait merveille. Quand les tumeurs sont sessiles, il faut faire précéder l'arrachement d'une rugination. Dans les cas complexes comme il en l'occasion d'en rencontrer un récemment, il n'est plus possible d'intervenir par les voies naturelles.

5° FURET. — Femme de 40 ans chez laquelle un chirurgien fit une large intervention quelque temps auparavant pour enlever

une tumeur du cavum de la grosseur d'une petite noix, en même temps qu'un ganglion sous-maxillaire droit correspondant. Malgré l'absence de signes objectifs nets de syphilis nasale, Furet, ayant noté de l'indolence de la plaie et l'apparition d'un ganglion du côté opposé, prescrivit les injections mercurielles.

6° Luc. — a) Malade guéri d'ostéo-myélite diffuse du crâne consécutive à une antrite frontale aiguë à staphylocoques et compliquée d'abcès extra et intra-duraux. Après dix mois d'apparente guérison, le malade présenta, cette année, un nouveau foyer extra-dural qui fut largement ouvert, mais qui est à peine cicatrisé aujourd'hui.

b) Jeune fille opérée, suivant le procédé de Petersen-Killian, pour une déviation compliquée de la cloison nasale dont la base, considérablement épaissie, dut être enlevée à l'aide de la gouge et du maillet. L'exécution de ce temps supplémentaire fut facilitée par le décollement de l'aile du nez suivant le sillon naso-labial ; après guérison, la cicatrice est pour ainsi dire invisible.

c) Malade présentant, à la suite de gomme syphilitique, une communication bucco-nasale que Luc réussit à obturer à l'aide d'un lambeau taillé aux dépens de la muqueuse gingivale située un peu en arrière et qui put être amenée par glissement jusqu'au contact de la voûte palatine. Toutefois le rapprochement des bords avivés des muqueuses exigea le sacrifice d'une petite molaire saine.

Georges LAURENS eut l'occasion de se rendre compte que dans les fistules de cette espèce (il cite le cas particulier d'une fistule sinuso-buccale, il ne faut pas user de demi-mesures et essayer de faire de petites sutures de peu d'étendue le long du rebord gingival ; il faut, au contraire, comme le préconise Luc, faire de larges exérèses afin de libérer des lambeaux muqueux étendus.

MANU rencontra également plusieurs cas de ce genre qu'il répara avec succès après avoir pris, pour le premier cas, le conseil de Luc. Il attire de plus l'attention sur d'autres cas de fistules alvéolaires sinuso-buccales, de petites dimensions, qu'il arriva à combler, sans intervention sanglante, au moyen d'injections de paraffine à froid.

**SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE**

SESSION DE 1906.

Réunion à Bruxelles, sous la présidence de M. le Dr J. LECOCQ,
les 9 et 10 juin 1906.

Le Président souhaite la bienvenue à MM. Bellin, Boulay, Bouyer, Lermoyez, Mahu, Moure, Schüster et Texier, qui ont bien voulu venir apporter leur contribution aux travaux de la session et rehausser, en y prenant part, l'éclat des discussions. Il remercie ses collègues belges de l'avoir élevé à la présidence et rend un hommage ému au fondateur de la Société, le Dr Charles Dels. tanche.

Il y associe les noms de Schüster père et d'Emile Ménière, qui furent des assidus des réunions de la Société.

Le Secrétaire général fait rapport sur l'exercice écoulé, et le Trésorier expose l'état des finances.

Les candidatures au titre de membre titulaire et de membre correspondant, après avoir été soumises à la Commission spéciale nommée à cet effet, sont déclarées adoptées.

Le Président déclare ouverte la session ordinaire de l'exercice 1905-1906.

I. — PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

TRÉTRÔP (Anvers). — Volumineux abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne purulente. — Observation d'une malade atteinte d'otite moyenne purulente depuis trois mois, amenée sans connaissance à l'hôpital, et qui y fut opérée d'urgence à son entrée.

L'atticotomie avec antrectomie et évidemment mastoïdien fit trouver du pus ; le toit de l'antre apparut intact.

Le résultat de l'opération fut très satisfaisant pendant quelques jours : la connaissance revint, il n'y eut ni fièvre, ni vomissements, ni troubles moteurs. Au premier pansement, fait le cinquième jour, la plaie opératoire présentait un bon aspect. Le

sixième jour, la malade s'éteint doucement en l'absence de l'opérateur.

A l'autopsie, on trouva un très volumineux abcès de la moitié postérieure des trois premières circonvolutions temporales et des lésions très réduites d'ostéite guérie du toit de l'antre. On apprit alors que cette malade avait été traitée antérieurement par des lavages durant trois mois.

TRÉTRÔP insiste sur la nécessité d'opérer après quatre à six semaines au plus les malades atteints d'otite moyenne purulente aiguë qui offrent une déhiscence de la paroi postéro-supérieure du conduit et de la douleur mastoïdienne, et il constate que lorsque les lésions siègent en dehors des centres moteurs, il est souvent impossible d'arriver à diagnostiquer le siège d'un abcès du cerveau ou du cervelet et même de le différencier de certaines formes de méningites.

Discussion.

CHEVAL (Bruxelles). — Trétrôp nous apporte une nouvelle démonstration du fait observé en clinique, de l'absence de symptômes dans les abcès cérébraux; ce fait est vrai pour les abcès des lobes temporaux droits. A gauche, on aurait pu constater des troubles de cécité verbale.

MOURE (Bordeaux). — Etant donné le peu de signes positifs dont nous disposons pour établir le diagnostic des abcès cérébraux, je me demande si la ponction lombaire ne pourrait pas nous renseigner sur l'existence de lésions ayant dépassé l'antre ou la caisse. Peut-être aurions-nous ainsi à notre disposition un élément précieux de diagnostic.

GORIS (Bruxelles). — L'absence de localisations est, certes, de nature à nous induire en erreur, mais la présence de phénomènes de localisation peut également nous tromper. A ce sujet, l'auteur rapporte le cas d'une malade qu'il a opérée dernièrement et qui présentait des symptômes bien manifestes d'hémi-parésie. La trépanation au niveau des zones motrices, accompagnée de nombreuses ponctions cérébrales, ne donna aucun résultat. Goris reprit alors la trépanation en partant de la brèche de la mastoïde et fut assez heureux de découvrir un vaste abcès du lobe temporal droit. Il croit, comme Broca et Poirier le recommandent, qu'il est toujours prudent de chercher, malgré les symptômes de localisation, si l'abcès ne siège pas dans le voisinage de la lésion otique.

TRÉTRÔP regrette de n'avoir pas pratiqué dans ce cas la ponction lombaire. Il estime, avec Moure, qu'elle eût pu fournir des indications précieuses. Il partage absolument l'avis de Broca et Goris, quant à la voie à suivre dans les interventions de ce genre.

V. DELSAUX (Bruxelles). — **Le rhino-fantôme de Killian en photographie stéréoscopique.** — Le Prof. Killian, en présentant au public médico-spécial son modèle de rhino-fantôme, avait surtout en vue la démonstration des diverses cavités annexielles du nez à un auditoire nombreux.

Par l'agrandissement considérable de la belle pièce anatomique qui lui a servi, il est arrivé à créer un fantôme remarquable de clarté et de précision.

Il m'a semblé que chacun pourrait à peu de frais posséder une reproduction de la pièce du professeur de Fribourg. Et afin de donner à celle-ci son caractère démonstratif, j'en ai fait cinq clichés stéréoscopiques que je vous présente en même temps qu'un stéréoscope pliant, de volume et de prix réduits.

C'est, en somme, le rhino-fantôme de Killian mis à la portée de tous par la photographie stéréoscopique.

La première épreuve nous montre une coupe du sinus maxillaire avec son orifice accessoire, ses récessus et leurs communications avec le système dentaire, ses rapports avec la voûte palatine et les parties voisines.

Dans une deuxième photographie, on voit une coupe sagittale du nez avec ses cornets inférieur et moyen, la bulle ethmoïdale, les cavités frontale et sphénoïdale.

Une troisième plaque nous montre le méat inférieur après enlèvement du cornet du même nom.

Une quatrième nous présente la même coupe après enlèvement du cornet moyen (orifice semi-lunaire et canal naso-frontal).

Enfin, dans une cinquième vue, nous avons devant nous, ouvertes, toutes les cavités accessoires nasales : l'antre frontal, les cellules ethmoïdales antérieures, moyennes et postérieures, l'antre sphénoïdal et les orifices naturel et accessoire de l'antre maxillaire.

Le relief est parfait ; la pièce a gardé son caractère démonstratif. Chacun peut donc posséder et utiliser pour ses études la belle préparation du prof. Killian.

LECOCQ (Wasmès). — **Polype géant de la fosse nasale.** — Femme

de 60 ans, souffrant d'obstruction nasale depuis une trentaine d'années, sujette à de fréquentes épistaxis et ayant présenté des troubles congestifs du côté du cerveau. Gêne profonde de la déglutition s'accompagnant de nausées et de vomissements.

La fosse nasale gauche était complètement remplie par une masse polypeuse blanchâtre à surface ridée, descendant dans le cavum et le pharynx en repoussant en avant le voile du palais. Un prolongement de la tumeur affleurait l'orifice narinaire gauche ; il fut extrait immédiatement.

Dans une seconde séance, l'auteur procéda à l'ablation de la masse principale, au moyen de l'anse froide introduite par la bouche. L'anse une fois fixée, une traction énergique amena du même coup l'extraction du polype et celle du cornet moyen sur lequel il était inséré. Hémorrhagie arrêtée par tamponnement postérieur.

Cette tumeur énorme, bilobée, pèse au delà de 100 grammes.

Charles-Emile DELSAUX (Liège). — **Tuberculose de la cloison, lupus du nez, coupes microscopiques.** — Il s'agit d'un cas de tuberculose de la cloison nasale, démontré nettement par l'examen microscopique. L'auteur pratiqua, dans une première intervention, le curetage de la cloison suivi de cautérisations galvanocautiques et d'applications d'acide lactique à 25 %. Récidive trois mois après. Nouvelle intervention. Après avoir détaché l'aile du nez, l'auteur extirpa, cette fois très largement, toute la tumeur, espérant obtenir ainsi la guérison complète. Hélas ! ces espérances furent déçues, car quelques mois plus tard un nodule lupique se développa dans la cicatrice récemment créée.

Delsaux se demande s'il s'agit là d'une simple coïncidence ou s'il n'a pas inoculé dans la surface de section de la peau quelques bacilles de Koch. Il conseille, dans les cas de ce genre, de ne plus intervenir que par les voies naturelles, à l'aide de la pince de Laurens, par exemple, en dépassant largement les limites des tissus malades.

TRÉTRÔP (Anvers) a eu l'occasion d'opérer une tumeur nasale en plein lupus : il a ouvert le nez sur la ligne médiane, enlevé la tumeur au galvanocautère. La malade a guéri ; son lupus ne s'en est pas trouvé plus mal.

BÔVAL (Charleroi). — **Balle de revolver ayant traversé le larynx.** — En octobre dernier, l'auteur fut appelé auprès d'un in-

dustriel des environs qui venait d'essuyer un coup de feu de la part d'un de ses ouvriers.

Se voyant menacée du revolver, la victime pencha instinctivement la tête pour se la protéger de son bras droit recourbé contre le front.

Le coup fut tiré à bout portant ; la balle traversa le bras, pénétra à l'angle du maxillaire droit, traversa le larynx en sectionnant les deux cordes vocales au niveau de leur tiers antérieur et finit par se loger en dehors du cartilage thyroïde gauche.

Une trachéotomie d'urgence fut pratiquée, mais le blessé refusa de laisser extraire la balle.

BÔVAL a revu la victime il y a quelques jours : les cordes vocales sont soudées à leur tiers antérieur, la balle est enkystée et à part la voix très étouffée, naturellement, le blessé ne se plaint plus de rien.

La radiographie montre la canule trachéale en place et la balle de revolver située à la partie externe gauche du cou, au niveau de la partie inférieure du cartilage thyroïde.

BÔVAL (Charleroi). — **Corps étranger de l'œsophage.** — Cette radiographie montre une pièce trouée de dix centimètres, en nickel, logée transversalement dans l'œsophage d'un enfant de 4 ans, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale.

L'enfant fut pris d'un accès de vomissement et rendit la pièce de monnaie au moment où l'on se disposait à en pratiquer l'extraction.

LABARRE (Bruxelles). — **Laryngocèle ventriculaire.** — L'auteur montre un kyste aérifère, ou plus exactement une laryngocèle du ventricule gauche de Morgagni. A l'examen laryngoscopique, cette tumeur présentait tous les caractères d'un kyste à contenu liquide qui semblait s'être développé aux dépens du repli ary-épiglottique gauche.

Plusieurs ponctions galvanocaustiques furent pratiquées ; mais, voyant qu'aucun liquide ne s'écoulait et que le volume de la tumeur ne se modifiait guère par ce mode de traitement, Labarre se décida à recourir à l'anse galvanocaustique qui enleva d'emblée, avec la plus grande facilité, toute la bulle gazeuse et permit du même coup d'établir le diagnostic vrai de laryngocèle ventriculaire.

L'auteur insiste tout d'abord sur la rareté de faits semblables. La littérature médicale n'a enregistré jusqu'à ce jour que quatre

observations où la laryngocèle était strictement confinée à l'intérieur du larynx. Le plus souvent elle se continue avec une seconde poche nettement extralaryngée ; c'est cette forme que l'on observe très fréquemment chez certains singes et qui a fait, de la part de Meyer, l'objet d'un travail fort intéressant.

Dans le cas présent, il s'agit vraisemblablement d'un prolongement anormal, d'origine congénitale, de la partie antérieure du ventricule de Morgagni. Par suite des efforts de toux accusés par la malade lors d'une atteinte de trachéo-bronchite, le diverticule, obéissant à l'augmentation brusque de la pression aérienne, se sera dilaté pour venir former, dans le larynx, la tumeur précédemment décrite.

Un fait mérite encore d'être noté : c'est que, contrairement à ce qui se produit généralement dans la laryngocèle, le volume de la tumeur ne semblait guère être influencé par les mouvements respiratoires. Labarre croit pouvoir l'attribuer à la grande épaisseur qu'avaient acquise, dans ce cas, les parois du sac aérien.

Il insiste enfin sur le mode de traitement de ce genre d'affection et reste convaincu, bien que la plupart des auteurs conseillent la laryngotomie, que l'ablation de la tumeur par l'anse galvanocaustique est et restera le procédé de choix même lorsqu'il existe une seconde poche extralaryngée, celle-ci pouvant toujours être réséquée par une intervention subséquente.

HAMAIDE (Bruxelles). — **Sténose laryngée consécutive au tubage.**
— Larynx d'un enfant de 6 ans qui présente dans la région sous-glottique, et surtout au niveau de l'anneau cricoïdien, du tissu cicatriciel dense ayant amené l'occlusion complète de l'espace respiratoire. Cette sténose cicatricielle était consécutive à l'intubation.

Le Dr CHEVAL eut l'occasion de voir cet enfant à la consultation de l'hôpital Saint-Pierre. Il proposa de pratiquer la laryngo-fissure, mais cette intervention lui fut refusée. Il se borna alors à dilater la portion rétrécie du larynx à l'aide du dilateur de Schrötter. Après deux ou trois mois de traitement, l'enfant fut perdu de vue.

Quelques années plus tard, le médecin traitant constata que toute la portion sous-glottique du larynx était obturée par du tissu cicatriciel. Pour remédier à cette complication, il imagina de sectionner le tissu fibreux au moyen d'un bistouri adapté à l'extrémité du manche à intubation d'O'Dwyer. Il réussit ainsi à se frayer un passage dans la partie latérale du tissu cicatriciel. Vou-

lant alors procéder à la dilatation du canal ainsi créé, il y introduisit de bas en haut, par la plaie trachéale, une canule à cheminée en T, dont il se proposait d'augmenter progressivement le calibre de la portion ascendante. Malheureusement, la canule trachéale s'obtura brusquement par des mucosités, et l'enfant mourut asphyxié tandis qu'on le transportait à l'hôpital.

HAMAIDE pense qu'au lieu de recourir dans ce cas à la trachéotomie secondaire, il eût peut-être mieux valu ne pas abandonner l'intubation, en faisant usage du tube différemment calibré, de façon à varier les surfaces de frottement. On pouvait espérer obtenir ainsi graduellement la guérison. Mais le rétrécissement une fois établi, la thyrotomie avec l'excision du tissu cicatriciel devenait bien certainement le procédé de choix.

Certains opérateurs ont obtenu également de bons résultats en réséquant la portion du larynx sténosée et en suturant le larynx à la trachée.

L'auteur insiste enfin sur la manœuvre audacieuse qui consiste à introduire à l'aveugle une canule tranchante dans une région où il est déjà si difficile de s'aventurer même en s'aidant d'un bon éclairage.

Discussion.

MOURE (Bordeaux) appelle l'attention de ses confrères sur les inconvénients graves de la trachéotomie intercrico-thyroïdienne chez les enfants et chez les adolescents. Lorsque la canule est destinée à rester en place pendant quelque temps, on est presque certain de ne pas pouvoir décanuler les malades.

MOURE a décrit, il y a plusieurs années déjà, les lésions consécutives à ce genre de trachéotomie. Le cas présent confirme pleinement ce qu'il a déjà écrit à ce sujet.

II. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

BROECKAERT (Gand). — *Pincés à polypes naso-pharyngiens.* — Ces pincés sont destinées à attaquer certains fibromes particulièrement ligneux et mal pédiculés. L'un des modèles sert à faire l'extraction du polype par la voie rétro-palatine ; si toute la masse n'est pas entraînée d'emblée, la pince permet d'en faire le morcellement sans donner lieu à des hémorrhagies inquiétantes. L'autre modèle peut remplir le même but, mais la courbure en

diffère, vu qu'il est destiné à l'extraction du fibrome par une brèche transmaxillo-nasale.

BROECKAERT montre ensuite une nouvelle *pince à griffes* pour saisir solidement certains fibromes pendant qu'on détache leur point d'insertion. Elle est construite sur le même principe que la pince pour goître de Kocher.

TRÉTRÔP (Anvers) présente une *série d'instruments* comprenant :

1° Une *trousse aseptique pour l'examen et les soins à domicile*, basée sur le principe de la séparation complète des instruments aseptiques et des instruments contaminés ;

2° Un *protecteur facial contre les infections professionnelles*, consistant en une très mince lame de cellulose incurvée et garnie de montures de lunettes ;

3° Une *batterie de poche permettant l'emploi du miroir de Clar*. Il s'agit d'une batterie très légère, du poids d'environ 500 grammes, se plaçant dans une boîte très portable et actionnant des lampes à filament d'osmium de 4 à 6 volts ;

4° Un *transformateur économique de courant urbain pour galvanocaustique*. Ce transformateur, que l'auteur utilise depuis quatre ans, est constitué par une bobine de Ruhmkorff inverse : l'induit est formé par du fil fin, l'inducteur par du gros fil. Dans le socle, il y a un condensateur à large surface. Ce transformateur utilise du courant continu de haut voltage et de faible ampérage et fournit du courant alternatif de faible voltage et de haut ampérage. Le système ne comporte pas de rhéostat. Le réglage se fait en écartant plus ou moins les bobines, dont l'une est à glissière, et aussi en serrant plus ou moins le trembleur.

LABARRE (Bruxelles). — I. *Etagère porte-flacons aseptique*. — L'appareil se compose d'une étagère métallique dans laquelle viennent se placer une série de flacons destinés à renfermer les solutions médicamenteuses utilisées couramment par le médecin spécialiste. Le débit de chacun de ces flacons est réglé par une petite poire en caoutchouc. Le liquide s'écoule dans un godet creusé dans une lame de verre et qui peut, par conséquent, être parfaitement aseptisé.

II. *Sterilisateur à plusieurs usages*. — Cet appareil, d'un volume assez réduit, permet d'obtenir à la fois la stérilisation des instruments, des objets de pansement et, enfin, l'eau stérilisée nécessaire dans la pratique courante.

V. DELSAUX (Bruxelles). — **Instruments laryngiens.** — Dans les cas de polypes réduits d'une corde vocale ou de son bord libre, il est souvent fastidieux, pour ne pas dire difficile, de faire l'ablation de ces petites tumeurs à la pince.

L'auteur a fait construire des racloirs à tranchant gauche, droit et inférieur, qu'il emploie selon qu'il s'agit respectivement du bord de la corde vocale droite ou gauche, ou bien de la face supérieure de la corde. Cette instrumentation, bien que n'étant pas applicable à tous les cas, lui a rendu de grands services.

III. — PRÉSENTATION DE MALADES

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — **Ostéo-myélite du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde avec empyème des sinus et de l'orbite.** — Il s'agit d'un nouveau-né qui, au troisième jour de l'accouchement, avait présenté une petite tache rouge au niveau du rebord orbitaire inférieur et interne gauche et qui s'étendait de plus en plus. Quelques jours plus tard, un oculiste fut appelé à examiner l'enfant et constata les symptômes suivants : Exophtalmie très prononcée de l'œil gauche, écoulement de pus de la narine correspondante ; écoulement identique au niveau d'une fistule du palais osseux et existence d'une fistule au niveau de la fosse canine qu'il s'était vu obligé de débrider au-dessous de l'angle interne de l'œil pour donner issue au pus.

Il n'y avait pas de tares du côté de la mère ; le mari, bien portant, est issu d'une famille tuberculeuse. Le médecin traitant n'a jamais constaté de maladies vénériennes chez les parents. La mère a eu deux enfants et une fausse couche. L'aînée des enfants est bien constituée, mais atteinte de surdité.

Comme le démontre très bien la photographie stéréoscopique que l'auteur présente, le bébé paraît bien conformé ; on distingue nettement l'incision pratiquée par le médecin oculiste et l'exophtalmie de l'œil gauche, qui est portée en haut et en dehors. L'examen nasal montre la narine gauche remplie de pus. La sonde, portée en haut et en dehors dans la région ethmoïdale, fait recueillir une sensation d'os à nu. La fosse nasale gauche est indemne.

L'examen du pharynx buccal montre une trainée purulente sur la paroi postérieure. A l'ouverture de la bouche, on distingue encore un suintement purulent à deux endroits différents, notam-

ment au niveau de la voûte palatine et au niveau de la fosse canine : c'étaient deux fistules ; celle de la face antérieure était la plus large, et le sondage permit de constater que la cavité dans laquelle elle conduisait avait une longueur de 1 centimètre et demi et une largeur d'environ 1 centimètre. L'enfant fut opérée le lendemain.

Incision partant de l'apophyse nasale du frontal, longeant le bord interne de l'orbite et une partie du rebord orbitaire inférieur. Les parois interne et inférieure de l'orbite furent dépériostées jusque près du trou optique. Au niveau de la lame papyracée de l'ethmoïde, on sentait, à différents endroits, de petits séquestres qui furent aisément enlevés à la pince ; il y avait également quelques petites niches ébauchant des cellules ethmoïdales et deux cellules ethmoïdales plus volumineuses complètement fermées et renfermant du pus. L'auteur établit une large communication avec le nez et fit un drainage à la gaze iodoformée, entre l'orbite et le nez.

Pour éviter toute intervention sur la face antérieure du maxillaire, afin d'empêcher la destruction des follicules dentaires, l'auteur pratiqua la perforation de la paroi interne de l'antrum d'Highmore à l'aide d'une pince coudée.

L'exophtalmie a été totalement guérie ; la rhinorrhée, beaucoup diminuée, a persisté encore trois semaines pendant lesquelles il y a eu élimination de cinq petits séquestres. La sinusite maxillaire, plus rebelle, fut traitée par des lavages. Comme il s'agissait vraisemblablement d'une nécrose syphilitique congénitale, l'auteur administra, au cours du traitement, de petites doses de calomel.

Il résulte de cette observation que l'on peut avoir à soigner chez les nouveau-nés, non seulement des empyèmes de l'antrum maxillaire, mais encore des empyèmes des cellules ethmoïdales.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — **Kyste du sinus maxillaire.** — Malade opéré pour un volumineux kyste extériorisé du sinus maxillaire gauche d'origine dentaire (incisive latérale). A ce propos, l'auteur attire l'attention sur un symptôme presque constant signalé par Gerber, qu'il a rencontré dans la plupart des kystes d'origine dentaire : présence d'une tumeur bleuâtre, rénitente, au-dessous de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Ce symptôme montre la grande importance de l'examen rhinoscopique pour le diagnostic des kystes maxillaires.

Pour pratiquer la cure radicale de cette tumeur, l'auteur a taillé

un lambeau de muqueuse en commençant près du bord libre de la lèvre supérieure, pour aller de bas en haut jusqu'au sillon gingo-labial, atteignant ensuite le niveau de celui-ci et, enfin, la paroi antérieure du sinus. Ce lambeau très long, appliqué après la résection de la paroi osseuse sur le plancher du sinus, tient bien en place, ne gêne pas les mouvements des lèvres et comble rapidement la cavité sinusale.

COLLET (Bruxelles). — Une série d'opérés d'évidement ethmoïdal par voie endonasale. — Parmi la série des malades opérés d'évidement ethmoïdal dans le service du Dr Delsaux, j'ai choisi ceux qui me paraissaient les plus intéressants : en effet, porteurs d'affections anciennes et rebelles, ils avaient déjà subi, pendant de nombreuses années, des traitements divers dans les différentes cliniques du pays, et cela avec une désespérance croissante.

D'une façon générale, leur symptomatologie est la même : obstruction nasale et écoulement nasal persistant, anosmie, etc., céphalée tantôt frontale, tantôt interoculaire, tantôt au vertex, tantôt à la nuque.

Mais ce dont ces malades souffrent surtout, c'est d'un état de congestion cervicale continuelle, de tension sanguine de tous les organes des sens : yeux, nez, oreilles, larynx ; de vertiges, de bourdonnements, d'éblouissements qui font de ces malades des désespérés ou des névropathes, et en tous cas des inférieurs dans la lutte pour la vie.

Ces nez, faut-il le dire, étaient tous polypeux, désespérément polypeux : les malades connaissaient à merveille le maniement de l'anse froide, de l'anse galvanique, etc. Un instrument leur était cependant inconnu : la pince de Luc, à laquelle le Dr Merckx a eu l'idée d'associer l'articulation de la pince de Grünwald.

Avec cet instrument, une fois les organes insensibilisés à la cocaïne, j'ai enlevé avec facilité, d'abord la tête du cornet moyen, puis le cornet complètement, puis les petits polypes restants, cachés jusque dans les dernières petites cellules ethmoïdales. C'est la découverte de ces menus polypes, à aspect de bourgeons charnus, faite huit à quinze jours après chaque intervention, qui déterminait et guidait une opération suivante. J'ai été ainsi amené à pratiquer à peu près sur chacun de ces malades dix à vingt interventions.

Ce traitement pénible et long demande de la part du patient beaucoup de confiance et de courage et de la part du médecin beaucoup de constance et de persévérance ; mais en revanche, il

peut venir à bout de tous les polypes du nez, symptomatiques ou non, avec ou sans sinusite concomitante. En effet, cet évidement ethmoïdal constitue un « vrai » débouchage de tous les orifices sinusaux en même temps qu'une large voie de drainage des cavités suppurantes : une fois le canal naso-frontal dégagé, on voit les symptômes de sinusite frontale s'amender ; ouvre-t-on le sinus sphénoïdal, on voit sa suppuration se tarir.

Après la guérison de tant de cas, je me suis demandé s'il ne serait pas désirable, avant de pratiquer ces belles mais sanglantes opérations de pansinusites de la face, de voir appliquer auparavant, d'une façon systématique, cette opération peu brillante, mais assurément avantageuse : l'évidement ethmoïdal par voie endonasale.

GORIS (Bruxelles). — **Phénomènes récurrentiels consécutifs à une thyroïdectomie.** — Jeune fille de 15 ans qui s'est présentée à l'auteur, il y a un an, se plaignant de phénomènes d'oppression et d'une sensation de gêne au niveau du corps thyroïde. Il y avait, en effet, à ce niveau une légère voussure correspondant à une hypertrophie en apparence peu importante du corps thyroïde. Du côté de la trachée, on ne constatait aucune compression. Le traitement à l'iodure de potassium, institué à diverses reprises pendant plusieurs mois, resta inopérant. Goris garda la malade en observation pendant un an et l'opéra il y a trois semaines à sa demande expresse. Il lui enleva une grosse tumeur thyroïdienne qui était aux quatre cinquièmes rétrosternale. Au moment de basculer la tumeur hors de la poitrine, la malade eut un violent spasme de la glotte qui cessa dès que l'opérateur coupa la tumeur en deux pour arriver sur la trachée et faire la trachéotomie : celle-ci put, toutefois, être évitée. Les deux récurrents ont été fortement tirillés, mais non coupés, attendu que le nerf du côté droit a été disséqué en lui laissant adhérent du tissu thyroïdien ; le récurrent gauche a, de plus, été pincé pendant la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure. Au laryngoscope, on constate que les deux cordes vocales sont immobiles en une sorte de demi-tension, comme on en voit au début de la compression du laryngé par un carcinome de l'œsophage.

Discussion.

MOURE (Bordeaux) n'a pas examiné laryngoscopiquement la malade présentée par Goris, mais il est convaincu que, comme sa voix est conservée, il n'y a pas de paralysie des adducteurs.

Pour ce qui concerne l'ablation du goitre, il se demande si Goris a des raisons pour faire la thyroïdectomie au lieu de pratiquer l'énucléation intra-glandulaire, qui met beaucoup plus sûrement les récurrents à l'abri de toute lésion.

BROECKAERT (Gand) a examiné attentivement les cordes vocales de la malade présentée par Goris. Il émet des doutes quant au retour *ad integrum* du fonctionnement des cordes vocales.

GORIS répond qu'il est impossible de dire d'avance le procédé auquel on aura recours ; au reste, comme Kocher l'a dit, l'énucléation n'est pas une opération aussi inoffensive qu'on se l'imagine, étant donnée la présence de veines parfois énormes, qui se déchirent au moindre contact.

Quant aux lésions récurrentielles observées chez la malade, il est certain : 1° que le nerf droit n'a pas été touché ; 2° que du côté gauche, il a blessé légèrement le récurrent en pinçant la thyroïdienne inférieure, mais il est convaincu que la régénération nerveuse se fera dans ce cas. Il représentera cette malade à l'occasion de la prochaine réunion.

GORIS (Bruxelles). — Résection totale du maxillaire pour carcinome du maxillaire supérieur, de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal. — Ce malade est présenté en raison de l'origine de la tumeur maligne, qui prit naissance dans le sinus sphénoïdal, détruisit l'ethmoïde et envahit le maxillaire inférieur tout entier.

L'auteur avait craint que la vie de la malade ne souffrit de l'opération, car il dut disséquer le néoplasme d'avec les muscles de l'œil, poursuivre la tumeur dans le sinus sphénoïdal dont il réséqua les parois inférieure, interne et externe. Cette dernière manœuvre surtout était dangereuse quand on songe au rapport étroit que présente à ce niveau le nerf optique : la vue est cependant demeurée intacte.

JAUMENNE (Bruxelles). — Un cas de trépanation mastoïdienne et de cure radicale d'otite suppurée opéré à l'état de veille, sans anesthésie et sans douleur. — C'est l'histoire d'un malade atteint de carie de l'oreille moyenne et présentant des symptômes d'hystérie, entre autres de l'anesthésie profonde de la caisse, du conduit auditif et de la région rétro-auriculaire. Ce sont ces symptômes qui ont déterminé Jaumenne à l'opérer à l'état de veille. Durant l'intervention, le patient n'a manifesté aucune douleur. L'opération terminée, il s'est levé et a déclaré n'avoir pas souffert. C'est là un cas curieux d'anesthésie osseuse profonde hystérique.

BROECKAERT (Gand). — **Cas d'ozène guéri par des injections sous-muqueuses de paraffine depuis plus de trois ans.** — Femme de 23 ans, présentée à la réunion des oto-laryngologistes belges en 1903, pour un coryza atrophique, ozénateux, typique, guéri en cinq séances, par des injections de paraffine liquéfiée. Depuis cette époque, on n'a plus institué le moindre traitement, et malgré l'absence de lavages, la guérison s'est maintenue : plus de croûtes, plus d'odeur, plus de céphalée ; l'odorat est complètement revenu.

Broeckaert a revu la plupart des cas qu'il avait traités par la paraffine, il y a trois et quatre ans : tous les résultats se sont maintenus sans aucun traitement postérieur.

Discussion.

LERMOYEZ (Paris). — La malade présentée par Broeckaert offre un grand intérêt au point de vue de la pathogénie de l'ozène.

Grâce aux injections de paraffine, son ozène est guéri et demeure guéri depuis trois ans, en ce sens qu'elle n'a plus de croûtes ni de sécrétions fétides.

Mais elle présente, de plus, un fait très important : c'est un élargissement très notable des fosses nasales. Ce qui prouve, une fois de plus, que l'élargissement des fosses nasales n'est pas la cause de l'ozène, et que les injections de paraffine n'agissent pas en diminuant le calibre des fosses nasales, mais bien en modifiant la nutrition de la muqueuse, fait signalé déjà dans les travaux de Broeckaert.

CAPART père (Bruxelles). — **Fibromes naso-pharyngiens.** — Présentation d'une série de malades atteints de fibromes naso-pharyngiens améliorés ou guéris par la méthode électrolytique.

Discussion.

MOURE (Bordeaux). — Les cas que vient de nous présenter Capart fixent, une fois de plus, le siège ou plutôt le point d'implantation des polypes fibreux naso-pharyngiens ; ces tumeurs, en effet, ne sont pas insérées, comme l'écrivent les auteurs classiques, dans le naso-pharynx, mais bien dans l'une des fosses nasales.

Ce fait est important à connaître au point de vue du mode d'intervention, la voie palatine convenant particulièrement aux tumeurs faisant saillie dans le cavum, la voie transmaxillo-nasale étant utilisable pour les polypes faisant saillie dans la fosse nasale.

Enfin, il serait intéressant de fixer la nature pathologique de ces tumeurs, à savoir celles qui peuvent récidiver et celles qui ont, au contraire, une tendance à disparaître, car l'opérateur ne doit jamais compter sur une ablation assez complète pour affirmer qu'il n'a pas laissé l'amorce d'une récidive. Nous savons seulement que les polypes naso-pharyngiens ont une tendance à disparaître au delà d'un certain âge.

LERMOYEZ (Paris). — La récidive des polypes naso-pharyngiens est généralement due à leur structure plutôt qu'à la façon dont on les opère. Récidivent plutôt les polypes naso-pharyngiens de type jeune à prédominance d'éléments jeunes, même opérés complètement, que les polypes de type fibromateux, formés d'éléments adultes, même incomplètement opérés.

GORIS serait heureux de revoir, à la prochaine réunion, l'un des malades présentés par Capart, car il existe encore chez ce malade un pédicule large de deux doigts, implanté sur l'apophyse basilaire. C'est là le côté intéressant de la méthode, car il est établi que, même après rugination complète du point d'insertion, l'on a vu des récidives.

SCHIFFERS (Liège). — **Epithélioma du larynx.** — L'auteur donne des nouvelles d'un malade dont il avait présenté des préparations microscopiques caractéristiques d'épithélioma du larynx à la séance de juin 1904.

Lésion exactement unilatéralisée à gauche. Tumeur du volume d'un gros haricot, ayant les caractères cliniques de l'épithélioma. Insertion au bord interne et à la face inférieure de la corde vocale, avec envahissement de la région sous-glottique.

A la suite de différentes interventions endolaryngées et en présence de récidives, une thyrotomie proposée au malade fut déclinée, au moins momentanément. Après de nouvelles tentatives, aucune récidive ne s'est plus montrée jusqu'il y a deux mois, date à laquelle Schiffers a vu le malade pour la dernière fois. Il n'avait plus qu'une légère dysphonie et l'état général était très satisfaisant.

PARMENTIER et FALLAS (Bruxelles). — **Papillomes des cordes vocales.** — Enfant de 6 ans, souffrant par intermittences de crises dyspnéiques avec raucité de la voix et bruit inspiratoire perceptible à distance. Début des accidents il y a quatre mois, à la suite d'un refroidissement.

A l'examen laryngoscopique, on voit, au-dessus des bandes ven-

triculaires, dans la région correspondant aux fausses cordes, des productions polypoides rouges, mamelonnées, sessiles, cachant les cordes vocales et obstruant la moitié antérieure du larynx.

Aucune intervention n'a été tentée jusqu'ici ; avant d'y procéder, les auteurs désirent avoir l'opinion de leurs collègues.

Discussion.

L. BECO est d'avis qu'il ne s'agit pas de papillomes, mais bien d'une forme hypertrophique de laryngite, greffée probablement sur un terrain tuberculeux. Il ne croit pas à l'utilité d'une intervention sanglante, et préfère les caustiques locaux et mieux encore les simples modificateurs.

MOURE est partisan de l'ablation à la pince suivie de curetage et cautérisation.

BAYER et CAPART père pensent également qu'il s'agit de proliférations inflammatoires, mais non de papillomes vrais.

FALLAS (Bruxelles). — *Quelques cas de sténose laryngée.* — 1^o *Rétrécissement du larynx avec paralysie de la corde vocale gauche.* — Un homme de 20 ans, voulant se suicider, se trancha le larynx au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. La suture des parties intéressées fut faite soigneusement et le malade sortit guéri de l'hôpital. Toutefois, l'image laryngoscopique n'était pas normale : il y avait, au-dessous de la corde vocale gauche, une saillie qui, dans la suite, devait amener des accidents de sténose.

Brusquement, le malade fut pris d'accès de suffocation qui nécessitèrent la trachéotomie. Quand on voulut le décanuler, les accès se reproduisirent et il fallut maintenir ouverte la plaie trachéale. Le malade examiné à ce moment présentait de la sténose, due à la rétraction cicatricielle englobant la partie gauche du larynx et la corde vocale du même côté ; la corde vocale droite était parésinée.

Très rapidement l'occlusion se fit complète, tandis que les cordes, rouges et en adduction, empêchaient de voir la région sous-glottique.

L'ouverture du larynx par voie externe montra qu'il s'agissait réellement de sténose sous-glottique complète, située entre la glotte et la plaie faite par trachéotomie.

Une longue canule fut placée, allant de la membrane crico-thyroïdienne jusqu'en dessous du rétrécissement et le larynx fut fermé par sutures.

Le lendemain, il fallut supprimer cette canule qui gênait considérablement le malade et, menaçant de s'obstruer, mettait sa vie en danger; elle fut remplacée par une canule ordinaire en situation basse.

Afin d'éviter une sténose nouvelle, on fit de nombreuses séances de dilatation, à l'aide des tubes d'O'Dwyer et des dilateurs de Schrötter. Mais ces tentatives furent vaines, et actuellement la sténose s'est reproduite. Il ne subsiste qu'un pertuis de quelques millimètres par où l'air passe quand le malade se décanule; la paroi gauche du larynx est rouge; la corde vocale invisible semble être comprise dans la rétraction; mais la muqueuse de cette paroi se plisse et forme une sorte de corde vocale adventice qui se met au contact de la corde vocale droite, laquelle est redevenue parfaitement mobile.

Il faut noter que, durant les premiers jours qui suivirent la laryngectomie, la voix était absolument claire.

La seule explication plausible de la paralysie vocale droite passagère est l'immobilité par inutilité de fonction. Quant à la corde gauche, elle est restée enclavée dans le tissu cicatriciel et conséquemment semble à jamais perdue.

L'auteur voudrait savoir si l'on doit tenter une intervention nouvelle, quelle serait éventuellement l'opération à faire et quels résultats on peut en attendre.

2° *Abcès sous-glottique. Sténose consécutive.* — Un enfant de 12 ans, en proie à l'asphyxie, fut amené à l'hôpital Saint-Jean. Des tentatives de tubage étant restées infructueuses, on fit la trachéotomie intercrico-thyroïdienne. Un flot de pus s'écoula, le lendemain, au moment du pansement. Pas de diphtérie.

Au miroir laryngoscopique, on voit un abcès sous-glottique en bissac avec cratère sous la corde gauche. Après guérison de l'abcès, décanulation impossible.

Nombreuses séances de dilatation aux tubes d'O'Dwyer et aux mandrins de Boulay. Résultat nul.

Plus tard, les fausses cordes s'infiltrèrent, se gonflèrent, devinrent tomenteuses, cachant la glotte et les régions plus profondes.

Laryngotomie et résection de nombreux bourgeons sous-glottiques et de tissu cicatriciel épidermisé.

La canule trachéale fut mise en situation basse.

Dans la suite, la sténose tendant à se reproduire, nouvelle série de dilatations restées définitivement infructueuses.

Actuellement le malade portant toujours sa canule se trouve plutôt mieux. Mais doit-il rester définitivement canularé?

3^e Cas de sténose laryngée pour diagnostic. — Un homme de 61 ans, ayant contracté la syphilis il y a dix ans, fut pris d'aphonie rapide, sans fièvre, ni douleurs, ni toux. Quelques jours plus tard, il vint consulter le Dr Delsaux qui trouva le larynx infiltré, rouge dans sa moitié droite; la muqueuse ne présentait aucune trace d'ulcération, mais sécrétait du muco-pus en abondance.

Les émollients, les résolutifs, le mercure seul et associé à l'iode n'amènèrent pas de résultat appréciable. Toutefois la gêne diminua du côté droit et se reporta à gauche dans la suite. En novembre dernier, soit plus d'un an après le début des accidents laryngés, le malade revint à la consultation en proie à de la dyspnée intense qui nécessita la trachéotomie.

A ce moment, les cordes vocales étaient infiltrées, très rouges, ne laissant entre elles qu'un passage insuffisant pour la respiration. Toute la moitié gauche du larynx était augmentée de volume, douloureuse au toucher.

Sous l'influence du repos de l'organe et des enveloppements humides, les phénomènes aigus s'amendèrent et le malade sortit de l'hôpital en voie d'amélioration réelle; la voix redevint assez claire, la tuméfaction du larynx passa à résolution, l'état général se releva.

Mais vers la fin janvier, sous l'influence d'un refroidissement, des accidents nouveaux survinrent. Le malade se plaignit de dysphagie, de salivation abondante, de douleurs sourdes dans tout le larynx, qui avait de nouveau augmenté de volume d'une façon considérable et surtout aux dépens du côté droit.

Actuellement l'état s'est encore aggravé : le malade perd l'appétit, dort mal; il a maigri, ne tousse pas, n'a pas d'expectoration; l'état général, quoique déprimé, n'est pas profondément altéré.

Quant à l'image laryngoscopique, elle est bien difficile à définir. Les cordes vocales et les aryténoïdes ont disparu, masqués par un tissu granuleux rouge qui a envahi tout le larynx jusques et y compris les replis aryténo-épiglottiques. Nulle part on ne perçoit de ganglions le long du cou.

En présence de ces alternatives de mieux et de pire, de ces déplacements de l'affection de droite à gauche pour se reproduire plus tard avec maximum à droite, il devient difficile de poser un diagnostic ferme. Prise pour spécifique au début, l'affection fut supposée être cancéreuse, puis tuberculeuse. Plus tard, on pencha vers la chondrite et la périchondrite. Actuellement encore, c'est à ce dernier diagnostic que l'on doit s'arrêter, semble-t-il.

Discussion.

SCHIFFERS croit à la nature carcinomateuse de cette affection.

CAPART père estime qu'il s'agit d'une manifestation syphilitique, malgré que la cure mercurielle seule ou associée à l'iodure, même à haute dose, soit restée sans résultat. Il conseille les injections intra-musculaires de calomel à doses massives ; elles ont eu une action très marquée dans des cas de l'espèce.

GORIS prie Fallas de tenir les membres de la Société au courant des résultats que donnera la dilatation dans les deux cas de sténose qu'il a présentés précédemment à celui-ci.

VAN SWIETEN (Bruvelles). — **Extraction d'un corps étranger de la bronche par trachéotomie.** — Appelé d'urgence près d'une enfant de 41 ans qui avait avalé un petit ballon auquel était adapté un sifflet de bois, Van Swieten trouva la fillette respirant normalement, répondant d'une voix nette, n'accusant ni gêne ni douleur. Au moment de l'accident, elle avait failli étouffer. Le larynx de même que la trachée paraissent libres à l'examen laryngoscopique. La radioscopie n'indique rien. Mais subitement l'enfant se cyanosa à nouveau. Van Swieten pratiqua alors une trachéotomie basse, qui permit la respiration, mais qui ne supprima pas la gêne. Dans la lumière du conduit trachéal, de la glotte aux bronches, l'exploration ne décéla pas d'obstacle.

Une canule fut mise en place, mais les phénomènes asphyxiques reparurent et la canule dut être retirée. L'auteur excita alors la muqueuse trachéale et détermina ainsi un accès de toux qui fit apparaître soudain le corps étranger, qui fut enlevé immédiatement à l'aide d'une pince.

La trachée fut ensuite suturée dans sa partie inférieure et la canule fut remise en place pendant quarante-huit heures, à cause de l'apparition d'un emphysème sous-cutané. L'enfant se rétablit rapidement.

IV. — RAPPORT

DUCHESNE (Liège). — **Traitement chirurgical des rétrécissements de l'œsophage.**

Discussion.

CHEVAL (Bruxelles) félicite Duchesne pour son beau travail ; il croit cependant que l'auteur aurait dû insister davantage sur les dangers inhérents aux méthodes d'exploration directe de l'œsophage.

Il cite deux cas où l'introduction d'instruments d'exploration (œsophagoscope et sonde rigide) entraîna la mort du malade par perforation de la paroi œsophagienne. Cheval préconise l'examen radioscopique, qui semble actuellement un peu trop délaissé et qui devrait, en tout cas, toujours précéder les autres procédés d'exploration, attendu qu'il est inoffensif.

DE STELLA (Gand) admet avec Cheval que l'exploration de l'œsophage malade par un instrument dur n'est pas dépourvue de dangers. Il croit toutefois que ce reproche ne doit pas s'adresser à l'œsophagoscope, qui doit toujours être manœuvré sous le contrôle de la vue, mais bien à l'inexpérience des opérateurs.

LERMOYEZ cite un fait où la radioscopie après repas d'essai avait fait reconnaître l'évidence d'un cancer de l'œsophage et où l'œsophagoscopie montra l'existence d'une fissure du pharynx inférieur avec spasme de l'œsophage amenant l'impossibilité de pénétration du bol alimentaire. Une simple cocaïnisation de la fissure suffit à amener la guérison du malade.

MOURE relève tout d'abord une légère erreur qui s'est glissée dans le rapport de Duchesne et que l'on retrouve d'ailleurs dans tous les classiques, à savoir que les parois œsophagiennes ne sont pas accolées, ainsi qu'on le croit généralement. Il insiste ensuite sur le point que vient de rapporter Lermoyez et qui démontre l'importance de l'œsophagoscopie et son utilité incontestable.

BECCO. — Vraisemblablement, le malade dont vient de parler Lermoyez a toujours été examiné à l'état de veille. Je crois que l'examen sous narcose est trop souvent oublié et il est probable que, dans le cas présent, il eût fait abandonner le diagnostic de sténose organique.

TRÉTRÔP, désireux de réhabiliter l'œsophagoscope, rapporte le cas d'un avaleur de sabres qui s'était blessé au cours de ses exercices. Traité par dilatation pendant quatre mois, il se présenta à la clinique de Trétrôp ne sachant plus avaler du tout. L'œsophagoscopie fit voir un rétrécissement situé à 17^{cm},5 des arcades dentaires. Un fin porte-ouate de Killian, garni d'un tampon imbibé de

cocaïne adrénalisée, franchit le rétrécissement et fut poussé dans l'estomac. Le même soir, le malade put se nourrir, mais la sténose réapparut complète dès le lendemain. Le malade fut envoyé en chirurgie. Opéré d'œsophagostomie externe, il succomba quelques jours plus tard. A l'autopsie, on constata que les données fournies par l'œsophagoscope étaient exactes et qu'il y avait, en outre, un volumineux abcès rétro-œsophagien.

CAPART fils est d'accord pour affirmer l'excellence des nouvelles méthodes d'examen, mais il désire insister sur l'ordre de leur emploi. L'examen radioscopique devra toujours précéder l'introduction d'un instrument quelconque dans l'œsophage. On vient de signaler récemment encore deux cas de mort à la suite de manœuvres bronchoscopiques.

V. — COMMUNICATIONS DIVERSES

Séance de l'après-midi à l'Institut de physiologie.

Prof. MOURE (Bordeaux). — **Phlébite suppurée des sinus.** — Sur 750 cas de cure radicale de l'otorrhée, Moure a rencontré 15 cas de phlébite suppurée, dont 7 cas ont été suivis de décès. Douze fois c'était le côté droit qui était entrepris.

Le diagnostic de cette affection est quelquefois très difficile à faire ; c'est ainsi que, dans deux cas, l'auteur n'a pas constaté la moindre oscillation thermique ; dans un autre cas, il a pu remarquer que l'abcès sinusien se drainait par la caisse.

Contrairement à ce qui est admis par presque tous les auteurs, Moure n'a jamais rencontré de sinusite suppurée sans qu'il y eût des *battements très énergiques de la paroi sinusienne*.

Quant au mode de traitement, l'auteur est partisan d'un large drainage, mais il ne pratique jamais la ligature de la jugulaire.

Capart fils rappelle que les notions anatomiques expliquent la plus grande fréquence des thrombo-phlébites du côté droit.

LERMOYEZ (Paris). — **Bruits d'oreilles et déchloruration.** (Paraitra *in extenso*.)

BROECKAERT (Gand). — **Inclusion normale et pathologique de paraffine molle et de paraffine solide dans les tissus.** Projection

de coupes microscopiques. — L'auteur a étudié, sur de nombreuses pièces anatomo-pathologiques, le sort des différentes paraffines employées pour la prothèse. Il démontre qu'au bout d'un temps plus ou moins long la vaseline et la paraffine molle finissent par être résorbées et remplacées par du tissu connectif.

Si cette substitution se fait graduellement, sans réaction trop vive, le résultat éloigné reste bon ; mais si, pour l'un ou l'autre motif, il se produit, soit au moment de l'injection, soit plus tard, une cause d'irritation nouvelle, l'hyperplasie réactionnelle normale devient pathologique et elle donne lieu à des désordres plus ou moins graves.

A l'appui de cette thèse, l'auteur montre plusieurs coupes où des injections de vaseline et de paraffine molle ont produit des pseudo-tumeurs qui ont des rapports morphologiques avec certains fibro-sarcomes et même avec le tissu pseudo-tuberculeux. On ne peut cependant parler de néoplasie parce que tout le tissu réactionnel aboutit à la transformation en tissu fibreux.

La paraffine solide, du moins celle à point de fusion supérieur à 0°, semble échapper à la résorption ; les alvéoles de paraffine finissent par s'entourer de tissu fibreux compact qui ne présente plus de bordure de jeunes éléments en voie d'organisation.

La paraffine solide à 50° a donc des avantages incontestables, pour la prothèse externe, sur les paraffines à point de fusion trop bas. La clinique est venue démontrer ceci, puisque sur 210 cas de prothèse nasale faite par l'auteur il n'y a eu aucun mécompte quelque peu sérieux : certains résultats se maintiennent déjà depuis plus de quatre ans.

BROECKAERT (Gand). — Sur l'étiologie de l'ozène avec projection de coupes microscopiques). — Par l'étude d'un grand nombre de coupes de muqueuse prélevée à des ozénateux, atteints à des degrés variables, Broeckært est amené à considérer l'ozène comme une inflammation chronique spéciale de la pituitaire, des cornets inférieurs en particulier, aboutissant à la longue à la sclérose diffuse de la muqueuse. Les altérations les plus importantes sont la dégénérescence cornée des couches supérieures de l'épithélium et les altérations dégénératives des glandes de la muqueuse respiratoire ; par suite des modifications des vaisseaux, il s'établit des troubles nutritifs qui ont leur retentissement sur la muqueuse, l'os et le périoste. Les lésions sont beaucoup moindres dans la muqueuse du système ethmoïdal qui participe, dans les cas avancés, à l'atrophie.

L'étude histologique approfondie de la muqueuse atteinte d'ozène montre qu'il s'agit d'une *toxi-infection chronique*.

Ni la syphilis, ni la tuberculose ne peuvent être considérées comme des facteurs directs de cette affection ; par contre, la *parasyphilis* et surtout la *paratuberculose* peuvent déterminer cette toxi-infection qui agit spécialement sur les vaisseaux et les glandes de la pituitaire, lorsqu'il existe certaines *causes prédisposantes*, la platyrrhinie par exemple. Cette théorie expliquerait pourquoi tant d'ozéneux deviennent tôt ou tard des tuberculeux.

MAHU (Paris). — De l'efficacité du traitement ioduré dans la syphilis tertiaire des fosses nasales. — L'emploi de l'iodure de potassium est indiqué dans tous les cas de syphilis tertiaire et en particulier contre les gommès, ulcères et exostoses. Le plus souvent on l'associe au mercure, mais il ne paraît pas douteux qu'il suffise à lui seul pour enrayer la marche de l'affection. L'auteur a eu fréquemment l'occasion de vérifier ce fait dans le *tertiarisme nasal* et les deux observations suivantes en sont une démonstration nouvelle.

Homme de 33 ans, ayant contracté la syphilis à l'âge de 21 ans. Très mal soigné, il présenta un véritable évidement nécrotique des fosses nasales formant une vaste cavité à parois recouvertes de pus. Céphalées intenses. Injections d'huile grise hebdomadaires.

Malgré ce traitement, l'affection continua ; on vit même apparaître une exophtalmie énorme, produite par une exostose volumineuse du bord orbitaire inféro-interne. Des injections de biiodure ne donnèrent pas de meilleur résultat.

Abandonnant alors le traitement mercuriel, l'auteur recourut à l'iodure en commençant par 4,5 gr. et en arrivant rapidement à 8 grammes par jour. Amélioration presque immédiate ; sécrétions moins abondantes ; l'exophtalmie diminua, et en quinze jours tout était rentré dans l'ordre, y compris la céphalée. Récidives à plusieurs reprises par suite de l'inconstance du malade qui néglige son traitement. Mais ces récidives disparaissent rapidement par l'ingestion de petites quantités d'iodure *sans association de mercure*.

Le deuxième cas, qui concerne une femme de 42 ans, est tout aussi démonstratif. Tant que le mercure a été employé seul, les résultats furent absolument nuls. Il a fallu l'iodure pour arriver à la guérison.

Des faits qui précèdent, et d'autres similaires assez nombreux, l'auteur pense pouvoir conclure que l'iodure a une prédilection marquée pour les affections tertiaires des fosses nasales ; aussi croit-il qu'il y a toujours lieu d'appliquer d'emblée le traitement mixte en observant les règles suivantes :

I. — Administrer le mercure et l'iodure isolément, de manière à faire varier les doses relatives des deux médicaments avec tendance à forcer en iodure et à réduire en mercure le plus tôt possible.

II. — Employer de l'iodure de pureté absolue.

III. — Donner d'emblée de fortes doses : 5, 6, 7 et même 8 grammes.

DELNEUVILLE rappelle un cas qui corrobore absolument l'opinion de Mahu.

COLLET cite un cas où l'iodure n'a pas donné de résultat, il a suffi de deux injections de salicylate de mercure pour amener une amélioration immédiate.

TEXIER (Nantes). — **Des sinusites maxillaires caséuses. Symptômes et diagnostic.** — La récente communication du D^r Luc à la Société française de laryngologie sur la *Guérison spontanée de l'antrite maxillaire par caséification du pus*, a engagé l'auteur à examiner la symptomatologie et le diagnostic de cette affection d'après les cas publiés, d'après ses observations personnelles et enfin d'après quelques cas que le D^r Moure lui a communiqués.

De ces observations il résulte qu'il y a deux formes de sinusite maxillaire caséuse : l'une, légère, comparable aux sinusites maxillaires chroniques d'origine dentaire ou nasale ; l'autre, grave, qui se présente avec les caractères d'une tumeur maligne ou d'une lésion syphilitique tertiaire du sinus.

Tandis que dans la première de ces formes quelques lavages transmésatiques suffisent pour amener la guérison, il n'en est pas de même de la forme grave qui nécessite un traitement rapide et énergique si l'on veut enrayer la formation de cholestéatomes nasaux, déformant les fosses nasales et fistulisant les parois sinusiennes. L'auteur rapporte trois observations de cette forme grave, qui se caractérise par l'odeur nauséabonde des sécrétions, la présence de caséum dans les fosses nasales et surtout par une opacité extrêmement prononcée du sinus à la diaphanoscopie.

Le traitement consistera en lavages et, dans certains cas, il y aura lieu de pratiquer la cure radicale.

BOULAY (Paris) partage l'opinion de Texier ; il croit que toutes

les sinusites caséuses ne sont pas bénignes et, par conséquent, ne guérissent pas par des lavages. Il relate un cas où il y avait de la fièvre et des phénomènes cérébraux graves. L'opération ramena du sinus maxillaire et de l'ethmoïde des masses caséuses infectées et pendant plusieurs jours la vie du malade fut en danger. Pourtant le cas se termina par la guérison.

ESCAT (Toulouse). — Indications et valeur de la galvano-cautérisation dans les diverses formes de tuberculose laryngée. —

HENNEBERT (Bruxelles). — Contribution à l'étude clinique du *labyrinthisme au cours des otites purulentes aiguës et chroniques*. — Travail basé sur 9 cas personnels choisis parmi les plus typiques. L'auteur comprend sous le nom de *labyrinthisme*, non seulement la triade classique de Ménière et d'autres phénomènes associés, tels que nausées, vomissements, nystagmus, modifications du pouls, faiblesse musculaire, mais encore une série d'autres symptômes qu'il importe de rechercher systématiquement, tels les réflexes oto-oculaires provoqués et les modifications qualitatives et quantitatives de la perception acoustique.

Au cours des otites aiguës, le *labyrinthisme* peut rendre le diagnostic entre une simple irritation du labyrinthe, la *labyrinthite* vraie et la *méningite* débutante.

Des phénomènes labyrinthiques peuvent se montrer au cours des otites chroniques, soit spontanément, soit à l'occasion d'une manœuvre thérapeutique. Ils cèdent généralement à la raréfaction de l'air du conduit à l'aide de l'appareil de Delstanche.

HENNEBERT étudie ensuite en détail certains symptômes composants du *labyrinthisme* et notamment le *nystagmus* et les réflexes oto-oculaires provoqués par les pressions centripètes et centrifuges exercées sur l'oreille.

Il émet l'espoir que l'analyse minutieuse de tous les symptômes labyrinthiques et leur relevé systématique permettront de faire peu à peu la lumière sur les nombreux points encore incertains de la physiologie et de la pathologie de l'oreille interne.

BECO (Liège). — *Polype naso-pharyngien fibro-sarco-enchondromateux. Extirpation; mort dans le collapsus*. — Jeune homme de 15 ans et demi, présenté à la Société en 1904, puis en 1905, porteur d'une tumeur sessile, occupant le côté gauche du cavum, obturant la narine gauche.

Vaines tentatives d'arrachement par les voies naturelles ; nombreuses séances d'électrolyse de haute intensité. Diminution du néoplasme dans les points attaqués, mais progrès par sa périphérie. Exophtalmie ; déformation de la moitié correspondante de la face.

Opération par la face avec le concours d'un chirurgien général, vu les difficultés redoutées de l'exérèse.

Incision de Nélaton ; dissection de la joue ; extirpation de prolongements faciaux, temporaux, ptérygo-maxillaires. La voie sinuso-maxillaire, d'abord suivie, semblant insuffisante pour la désinsertion de la base, résection complète et définitive du maxillaire supérieur. Difficultés de désinsérer la tumeur, qui était fixée à presque toute la surface du cavum.

Pas d'incidents opératoires autres que les arrêts habituels nécessités par la narcose et la gêne respiratoire momentanée.

Mort dans le collapsus quelques heures après l'opération.

L'auteur est partisan de l'extraction par les voies naturelles lorsqu'elle est possible ; à défaut de cela, il conseille l'électrolyse à haute dose. Si celle-ci se montre insuffisante, il faut attaquer la base de la tumeur à travers la face. Beco donne la préférence à la voie sinuso-nasale, que les spécialistes ont imaginée, ou bien à la résection temporaire du maxillaire. Au besoin, et surtout si la tumeur renferme des éléments histologiques malins, ne pas hésiter à sacrifier le maxillaire.

Il pense que la trachéotomie préalable est avantageuse parce qu'elle assure la narcose et la respiration et qu'ainsi elle augmente les chances de succès.

J. MERCKX (Bruxelles). — **Méningite consécutive à l'enlèvement d'un polype du cornet moyen.** — Une malade assez âgée, atteinte depuis un grand nombre d'années d'ethmoïdite et de sinusite frontale double, avait subi, il y a plusieurs années déjà, une série d'extirpations de polypes nasaux. Elle renseigne une céphalalgie persistante devenue très intense depuis quelques semaines et présente des accès fébriles espacés. En outre, elle atteste un passé pathologique chargé.

L'unique intervention consiste dans l'enlèvement à la pince de Grunwald d'une masse bourgeonnante occupant la tête du cornet moyen droit. Le polype enlevé a le volume d'une petite fève ; il est inséré sur une mince écaille du cornet. Aucun incident, sauf que la patiente est hémophilique et que, malgré la bénignité de l'opération, il faut pratiquer le tamponnement. La malade revient le

lendemain se faire enlever le tampon ; elle ne présente rien de particulier. Dans le courant de la journée se produisent deux ou trois vomissements.

Le troisième jour s'établit une fièvre de 39°, sans accélération du pouls, accompagnée de céphalalgie occipitale intense. Pupilles normales, intelligence intacte. Le soir, le sensorium s'obscurcit et la malade entre progressivement dans le collapsus. Pupilles dilatées, mais égales. Pas de phénomènes de localisation.

Le quatrième jour, respiration difficile par stase pulmonaire. Température de 39 à 40°. Pouls en rapport avec la température. Le décès survient à la fin de la nuit par aggravation des phénomènes pulmonaires.

Tel est le cas que l'auteur tient à soumettre aux réflexions de ses confrères.

Discussion.

CHEVAL. — Merckx ne pense-t-il pas que cette malade faisait de la méningite depuis quelque temps ?

MERCKX est de cet avis ; il se base sur la céphalalgie, la fièvre et certaines altérations fugaces de l'habitus, du caractère et de l'humeur que les familiers ont remarquées quelques semaines avant l'intervention.

BROECKAERT (Gand). — Un cas de pseudo-leucémie simulant la prétendue maladie de Mikulicz. — On donne le nom de *maladie de Mikulicz* à une hyperplasie lymphomateuse des glandes salivaires et lacrymales. Dans le cas présent, il y avait des tumeurs symétriques, du volume d'un œuf de pigeon, au niveau des glandes sous-maxillaires, et deux tumeurs piriformes des glandes sublinguales. Sur la voûte palatine se trouvait une tumeur qui en occupait toute la moitié gauche et qui s'étendait en arrière jusqu'au niveau du voile ; une masse analogue, plus petite, occupait le segment antérieur de ce voile.

L'examen du sang a permis d'exclure la *leucémie*, mais l'existence d'une splénomégalie et d'une grande masse ganglionnaire médiastinale, visible sur l'écran radiographique, ont conduit à considérer ce syndrome de Mikulicz comme appartenant à la *pseudo-leucémie*.

Au point de vue histologique, ces tumeurs lymphomateuses se montrent comme des hyperplasies de noyaux lymphoïdes préexistants, avec pullulation des cellules lymphoïdes dissociant les acini glandulaires.

BOUYER, fils (Cauterets). — **Hyperesthésie et paresthésie pharyngées.** — Rappelant l'étude qu'il a publiée sur les paresthésiques pharyngés dans le *Journal de médecine de Bordeaux* de décembre 1903, l'auteur insiste sur la nécessité de diviser ces malades en deux catégories, suivant qu'ils présentent une sensibilité objective de leur muqueuse de gorge diminuée, ou au contraire avivée.

Au point de vue clinique, les symptômes subjectifs diffèrent ; l'hyperesthésique accuse une douleur ; l'hypoesthésique plutôt une gêne à la déglutition et une sensation de corps étranger.

Au point de vue de la thérapeutique locale, la différence est capitale. Il faut avoir soin d'éviter les topiques irritants aux *hyperesthésiques* (glycérines iodées ou mentholées, chlorure de zinc, etc.) et leur réserver les collutoires à la cocaïne ou au bromure. Chez les *hypoesthésiques* il faut, au contraire, renoncer à ces derniers médicaments qui augmentent les sensations de constriction et employer avant tout les topiques excitants (menthol, glycérine iodée, électrisation locale, etc.).

DELSTANCHE (Bruxelles). — **Traitement de l'othématome.** — Dans le traitement de l'othématome, l'auteur préconise la compression de la tumeur par une feuille de gutta-percha bien ramollie par l'eau chaude qu'il applique sur le pavillon malade en ayant soin d'interposer entre l'oreille et la paroi crânienne une couche d'ouate : une autre couche d'ouate recouvre la gutta, tandis qu'une bande élastique comprime énergiquement la bosse sanguine et fixe l'appareil. La guérison parfaite de l'othématome s'obtient généralement en une huitaine de jours.

TRÉTROP (Anvers). — **Sinusites et ostéomyélites du maxillaire.** — La première observation se rapporte à une malade opérée par le procédé de Caldwell[Luc, en novembre dernier, pour sinusite maxillaire fongueuse compliquée de phlegmon sous-orbitaire et d'otite moyenne purulente. Un mois et demi plus tard, elle présente les symptômes d'ostéomyélite de la paroi antéro-externe du maxillaire avec fistulisation buccale et sous-orbitaire.

L'hémi-décortication suivant le procédé de Rouge allait être pratiquée, quand l'auteur fut assez heureux pour enlever, sous anesthésie cocaïnique, par voie buccale, de gros fragments d'os nécrosé.

Les fistules se fermèrent rapidement et tout écoulement cessa. La guérison se fit sans aucune déformation de la face.

Un autre cas concerne une fillette de 4 semaines atteinte d'ostéomyélite du maxillaire supérieur gauche avec écoulement de pus par le nez. L'auteur le traita par expression suivie de pansements à la liqueur Van Swieten.

Trétrop croit, avec Lubet-Barbon et Furet, que pour opérer ces cas, il convient d'adopter la voie gingivo-labiale. On commencera par irriguer les fistules à l'eau oxygénée, puis on curettera leurs parois et on mobilisera, et finalement on enlèvera les séquestres. En cas d'échec prolongé, il conviendra de recourir à la semi-décoration de la face.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Réflexions sur la résection fenêtrée sous-muqueuse de la cloison nasale. — L'expérience de l'auteur est considérable, puisqu'elle porte sur 95 opérations de Killian. Il est d'avis qu'il ne faut pas perdre de temps à retirer le spéculum et à le remettre en place.

L'hémostase adrénalinique est bien suffisante ; on voit bien et l'on peut opérer de façon sûre.

Le manuel instrumental est, en somme, restreint ; il est préférable que chacun des instruments employés ait son manche propre.

Généralement l'anesthésie locale est suffisante : quatre-vingt-neuf fois l'opération fut faite ainsi ; six fois seulement il fallut recourir à la narcose. Celle-ci complique plutôt l'opération et surtout lorsqu'il s'agit de déviation profonde.

Van den Wildenberg, se rangeant à l'opinion exprimée par Capart père à la dernière réunion de la Société française d'oto-laryngologie, n'admet pas les vues de Lermoyez et Lubet-Barbon sur la perforation chirurgicale du septum.

Il signale l'inconvénient d'opérer les cloisons en cas de sinusite. Enfin l'auteur préconise la résection sous-muqueuse dans les cas de crêtes un peu étendues.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Un cas de thrombose latente du sinus latéral. — Homme de 20 ans environ, atteint d'otorrhée chronique déterminant depuis huit jours des douleurs violentes et paroxystiques dans le côté correspondant de la tête et du cou, s'irradiant même au dos. Fièvre modérée ; pouls à 100 ; mastoïde douloureuse à la pression.

Evidement pétro-mastoïdien large. Pas de rétrocession des douleurs.

Deux jours plus tard, nouvelle intervention. Exploration du sinus

latéral qui fut trouvé thrombosé. Ligature de la jugulaire interne; enlèvement du thrombus. Pas de ponction lombaire.

Le malade mourut de méningite cérébro-spinale. Pas d'autopsie.

L'auteur fait remarquer qu'à aucun moment on n'observa ni fièvre à grandes oscillations, ni frisson.

DE PONTIÈRE (Charléroï). — **Rhinite pseudo-membraneuse.** — On voit parfois survenir de l'obstruction nasale, souvent unilatérale, accompagnée de fièvre, de courbature générale, de céphalée, de crises d'éternuements.

Si l'on examine la fosse nasale, on trouve la muqueuse gonflée, recouverte d'exsudat rougeâtre, baignée de muco-pus.

Le cavum est habituellement libre; la choane participe toutefois au processus pseudo-membraneux.

Cet état persiste quelques jours seulement, jusqu'à ce que se fasse, soit spontanément, soit par éternuement ou mouchage, l'expulsion en bloc de couenne sanguinolente en même temps que le malade éprouve une sensation de déchirement.

Dès lors, la perméabilité nasale est rétablie et tout rentre spontanément dans l'ordre en quelques jours.

A ce moment, la muqueuse apparaît ulcérée superficiellement; il se produit encore un peu d'hypersécrétion, mais plus de couenne.

On ne retrouve pas de bacilles de Loeffler vrais ou faux dans la couenne, mais bien des streptocoques et surtout des pneumocoques.

Ce tableau clinique spécial a paru digne à l'auteur d'être rapporté.

ANALYSES

I. — PHARYNX

Troubles nerveux consécutifs à la tonsillotomie, par BERGH
(*Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, n° 12, 1904).

L'auteur s'est proposé d'enlever les amygdales et les adénoïdes chez une petite fille, très nerveuse, âgée de 7 ans, sans employer l'anesthésie générale. Immédiatement après la section de l'une des amygdales l'enfant a été prise d'un réflexe, d'une sorte de vomituration, qui s'est calmé au bout de trois à quatre minutes. Le reste de l'opération a pu se faire sans incidents. Mais dans la soirée, après avoir dormi tranquillement, l'enfant a été reprise du même réflexe et en même temps, à la suite des efforts que l'enfant faisait constamment, il s'est déclaré une hémorrhagie secondaire provenant de la plaie des adénoïdes qui menaçait de tuer l'enfant. L'auteur, rappelé en toute hâte, a dû rester six heures près de son opérée pour voir enfin vomituration et hémorrhagie cesser à la suite d'une insufflation de tanin dans le nez et un badigeonnage au perchlorure de fer dans le pharynx. Les jours suivants ce réflexe et les hémorrhagies quoique très amoindris ont réapparu pour cesser complètement au bout de trois jours. En terminant l'auteur regrette de ne pas avoir eu recours à l'anesthésie générale pour exécuter l'opération.

LAUTMANN.

Chancre primitif du pilier palatin postérieur, par V. MAUGERI
(*Boll. delle malat. dell'orecchio*, etc., mai 1905, n° 3, p. 114).

Un jeune homme de 20 ans se plaignait de mal de gorge et de gonflement du côté droit du cou. L'examen objectif ne dénotait au premier abord rien de particulier, sauf un peu de rougeur, et cependant il existait dans la région sous-maxillaire droite une tuméfaction ganglionnaire dure et indolore du volume d'un œuf de poule. Or, en déprimant fortement la base de la langue, on découvrait à la partie inférieure du pilier postérieur droit une ulcération arrondie, d'un centimètre de diamètre, à bords nets, à fond recouvert d'un exsudat grisâtre. Disparition de l'ulcération au bout de vingt jours : à ce moment, roséole, gonflement des ganglions inguinaux et des ganglions épitrochléens droits. Trois semaines plus tard, plaques muqueuses dans la bouche.

L'anamnèse montra que le mode de contagion était bien celui qu'on pouvait supposer.

M. BOULAY.

Contribution à l'histoire de l'angine de Vincent, par LEMAIRE
(*Gazette des Hôpitaux*, 31 octobre 1905).

A lire les descriptions classiques il semble que personne avant Vincent n'avait songé à reconnaître l'identité de nature de l'angine à spirilles et bacilles furiformes et de la stomatite ulcéro-membraneuse. Or, Van Swieten avait déjà vu qu'il s'agissait là de deux déterminations d'une même infection. Après avoir décrit la stomatite avec ses caractères cliniques, il dit : « J'ai vu des aphtes semblables attaquer les amygdales et le palais » — et plus loin : « On les a souvent regardés comme l'effet d'un virus vénérien et traités en conséquence par les mercuriaux : mais j'ai remarqué que ces remèdes étaient toujours inutiles dans ce cas et que souvent ils aggravaient considérablement le mal... » Ces passages se trouvent en note dans la traduction française des éléments de médecine pratique de Cullère (1785). Il nous faut donc reconnaître, conclut Lemaire, que dès le début du XVIII^e siècle la stomatite ulcéro-membraneuse et l'angine chancriforme étaient cliniquement connues et considérées comme de nature identique.

E. LOMBARD.

NÉCROLOGIE

MANUEL GARCIA

Manuel GARCIA a succombé le 2 juillet 1906, à l'âge de cent un ans et trois mois. Il est mort à Cricklewood, dans sa villa, Mon-Abri. En 1848, effrayé par la révolution de février, il quitta la France pour se fixer définitivement en Angleterre ; et ce fut pendant un voyage qu'il fit à Paris, que lui vint, dans les jardins du Palais-Royal, l'idée de la technique laryngoscopique.

Cet homme est un illustre ; il fut aussi un heureux qui vécut assez longtemps pour réaliser lui-même sa gloire.

NOUVELLES

Le D^r M. LERMOYEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est promu au grade d'Officier dans l'Ordre national de la Légion d'honneur.

Le D^r M. BOULAY est nommé Chevalier de la Légion d'honneur. Toutes nos félicitations les plus chaleureuses à notre distingué collaborateur.

Administration générale de l'assistance publique à Paris.

Le concours pour la nomination à deux places d'assistants titulaires et deux places d'assistants adjoints des services spéciaux d'oto rhino-laryngologie s'est terminé de la façon suivante :

Hôpital Saint-Antoine : assistant titulaire, M. P. LAURENS ; Assistant adjoint, M. HAUTANT.

Hôpital Lariboisière : Assistant titulaire, M. GIBERT ; Assistant adjoint, M. LENAIRE.

Les nouveaux assistants sont entrés en fonction le 1^{er} juillet 1906.

VIII^e Congrès international d'otologie.

Le VIII^e Congrès international d'Otologie devait avoir lieu à Budapest, en 1908.

Le Congrès international de médecine à Lisbonne a accepté l'invitation de notre Gouvernement et de notre capitale, de tenir sa XVI^e session à Budapest, en 1909.

La réunion, presque simultanée, de ces deux assemblées dans une même ville était de nature à leur susciter, à toutes deux, des difficultés, auxquelles nous avons pensé qu'il était de notre devoir d'obvier.

Grâce à l'amabilité de M. le Président du XVI^e Congrès international de médecine, nous pourrions tenir notre Congrès dans le cadre de cette assemblée comme Section spéciale d'otologie (avec la dénomination expresse de *VIII^e Congrès international d'Otologie*) ; nous accomplirons nos travaux scientifiques particuliers avec toutes les formalités voulues. Des rapporteurs compétents seront priés de faire les rapports sur les importantes thèses de notre science : une exposition de préparations et d'instruments otologiques sera organisée ; le rapport sur le prix Lenval sera fait et exécuté ; nous fixerons le lieu de réunion du IX^e Congrès international d'otologie ; enfin, nous publierons nos travaux scientifiques de la façon convenable.

*Le Président du Comité d'organisation
du VIII^e Congrès internat. d'otologie :*

Prof. Dr Jules Böhm.

*Comité hongrois d'organisation : Président, IV. Reáltanoda-u. 18.
— Secrétaire-général, V. Váci körút 60 ; Trésorier, VIII. Eszterházy-u-2.*

Comité local : Exposition, Dr E. Schwarz, Dr L. Fleischmann, Dr S. Gruber; Réceptions, Dr K. de Lichtenberg, Dr E. Baumgarten.

Secrétaire-adjoint, Dr F. de Klug.

Membres : Dr J. Báron, Dr F. Berger, Dr E. Deutsch, Dr S. Guth, Dr G. Krepuska, Dr A. Lázár, Dr A. Neubauer, Prof. S. Róna, Prof. B. Stiller, Prof. V. Tauffer, Dr B. Török, Budapest; Dr L. Brunner, Debreczen; Dr M. Falta, Szeged; Dr P. Rutsek, Várpalota; Dr D. Vali, Szabadka.

Hôpitaux de Paris. Cours d'oto-rhino-laryngologie.

Le Dr Marcel LERMOYER, Médecin des hôpitaux de Paris, Chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le *mercredi 21 novembre 1906*, avec le concours de ses assistants, MM. Paul LAURENS et HAUTANT, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques.

Le cours sera complet en trente-trois leçons. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de vouloir bien s'inscrire d'avance auprès de M. Paul LAURENS, assistant du service, à l'hôpital Saint-Antoine, rue du Faubourg Saint-Antoine, Paris (XIV^e).

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

BEZOLD. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde. J.-F. Bergmann. éditeur, Wiesbaden, 1906.

A. SCHÖNEMANN. — Schläfenbein und Schädelbasis, eine anatomisch otiatrische Studie. Georg et Cie, éditeur, Bâle, Genève et Lyon, 1906.

J.-D. ROLLESTON — A case of intranasal chronice simulating nasal diphtheria. Extrait de *The Lancet*, 16 juin 1906.

J.-D. ROLLESTON. — Tonsillitis in convalescence from diphtheria. Extrait de *British medical journal*, mai 1906.

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



HÉMOGLOBINE DESCHEN

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.
ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ. — Sirop, Vin, Granulé.



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE (Coca-Théine analgésique Panodun) Médicament spécifique des MIGRAINES

et des NÉURALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

